

Aus dem Institut für Sozialhygiene und öffentliches
Gesundheitswesen der Freien Universität Berlin

Direktor: Prof. Dr. med. H. Genz

Möglichkeiten einer besseren Ausnutzung der
Aufnahmekapazitäten in Berliner Hospitälern
unter besonderer Berücksichtigung der Alten
und Chronisch-Kranken

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Katharina Köhler, geb. Feige

Eisleben

1972



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550817_0012

Aus dem Institut für Sozialhygiene und öffentliches
Gesundheitswesen der Freien Universität Berlin

Direktor: Prof. Dr. med. H. Genz

Möglichkeiten einer besseren Ausnutzung der
Aufnahmekapazitäten in Berliner Hospitälern
unter besonderer Berücksichtigung der Alten
und Chronisch-Kranken

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Katharina Köhler, geb. Feige

Eisleben

Referent: Professor Dr. med. H. GENZ

Korreferent: Professor Dr. med. S. Kanowski

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 23. 11. 1972



Möglichkeiten einer besseren Ausnutzung der
Aufnahmekapazitäten in Berliner Hospitälern
unter besonderer Berücksichtigung der Alten
und Chronisch-Kranken

A. Einleitung:

Die Entstehung der Hospitäler und der Ruf nach
mehr Hospitalbetten

B. Eigene Untersuchungen:

- I. Problemstellung und Definitionen
 - a. Die Notwendigkeit einer Erweiterung der bestehenden Einrichtungen
 - 1. Die Bevölkerungsentwicklung in Berlin (West)
 - 2. Der Wandel in der Versorgung der alten Menschen
 - b. Definition der in der Arbeit verwendeten Begriffe
 - 1. Abgrenzung der Anstalten
 - 2. Abgrenzung zwischen Langfristig-Kranken, Chronisch-Kranken und Alterskranken
 - 3. Hilflosigkeit und Hilflosenpflegegeld
 - c. Die Abhilfe des Problems der Altennot
- II. Umfang und Methodik der Untersuchung
 - a. Der befragte Personenkreis
 - b. Art der Fragestellung
 - c. Die Auswertung des vorhandenen Materials
- III. Die Aufteilung der befragten Personen nach sozialen Merkmalen
 - a. Die Altersverteilung
 - b. Geschlecht und Familienstand
 - c. Berufszugehörigkeit
 - d. Aufteilung in Zugezogene und in Berlin Geborene

- IV. Aufnahme und Aufenthalt im Hospital
 - a. Zahlenmäßiger Umfang der Hospitalaufnahmen
 - b. Aufgliederung nach vorherigem Aufenthaltsort
 - c. Dauer des Aufenthaltes

- V. Die finanzielle Seite
 - a. Die Kostenträger des Hospitalaufenthaltes
 - b. Die Aufteilung der befragten Personen nach Einkommen

- VI. Diagnosen
 - Aufgliederung nach der Häufigkeit
 - Klinische Maßnahmen

- VII. Allgemeiner Gesundheitszustand
 - a. Bewegungsmöglichkeit
 - b. Psyche, Stimmung, Affekt
 - c. Geistige Regsamkeit
 - d. Pflegeschachtsfälle

- VIII. Die Entlassung aus dem Hospital
 - a. Die nächsten Angehörigen der Befragten
 - b. Die Möglichkeit von Entlassungen aus dem Hospital
 - 1. Voraussetzungen
 - bei Entlassung zu den Angehörigen
 - bei Entlassung ins Pflegeheim
 - bei Entlassung ins Altersheim
 - 2. Zahlenmäßiger Umfang der möglichen Entlassungen
 - c. Die verbleibenden Fälle

C. Diskussion

- I. Die bisherigen Versuche zur Behandlung des Problems
- II. Vorschläge zur Lösung des Problems

III. Faktoren, die eine Entlassung ins Altersheim
oder Alterspflegeheim erschweren

- a. Der Mangel an Betten in Berlin (West)
- b. Der Mangel an geschultem Personal

IV. Das Problem der Rehabilitation

D. Zusammenfassung

E. Literaturverzeichnis

A. Einleitung

Die Sorge um die Alten und Chronisch-Kranken ist ein Problem, das sich in jeder sozialen Gemeinschaft ergibt, ob es sich um die Familie, als der kleinsten Einheit eines Gemeinwesens, oder um den Staat in seiner Gesamtheit handelt.

So wird denn auch von ersten Einrichtungen zur Pflege von Alten und Kranken bereits im klassischen Altertum berichtet. Hierbei handelte es sich meist um Herbergen für Reisende, in denen auch Kranke gepflegt wurden. Mit der Ausbreitung des Christentums gewann der Gedanke der Nächstenliebe und der Barmherzigkeit entscheidend an Bedeutung. Kirchenfürsten und Mönchsorden errichteten Hospitäler und ähnliche Einrichtungen. Jedoch ging die ärztliche Pflege im allgemeinen kaum über die Anwendung der Volksmedizin hinaus.

Es ist bekannt, daß in Preußen bis 1249 Sieche, Alte und zur Arbeit Untaugliche getötet wurden, um sie von der Beschwerlichkeit des Alters und der Krankheit zu befreien. Während der Kreuzzüge gründeten Ritterorden zahlreiche Hospitäler, die eher aber den Charakter einer Verpflegungsstätte hatten als den eines Krankenhauses. Erst später wurden auch Sieche, Arme, Invalide und alte Menschen betreut (1).

Mit dem Wachstum der Städte und dem Erstarken des Bürgertums begann auch eine Differenzierung der Anstalten. Aber erst im 18. Jahrhundert setzte sich langsam eine Trennung von Krankenhäusern einerseits und Anstalten für Sieche und Chronisch-Kranke andererseits durch.

Aus der Gründungszeit von Berlin und Cölln - 1244 und 1234 wurden die Schwesternstädte zum ersten Male urkundlich genannt - liegen kaum Angaben über Einrichtungen der Kranken-

(1) Vgl.: A.Fischer "Geschichte des Deutschen Gesundheitswesens", Bd.I S. 104-108, Berlin 1933

pflege vor. Es werden sogenannte "Höfe" erwähnt, die für zugewanderte Fremde mit ansteckenden Krankheiten bestimmt waren (2).

Im Jahre 1244 soll das Hospital zum Heiligen Geist gegründet worden sein, dem später das St. Gertraudt-Hospital und das St. Jürgen-Hospital, ein Aussätzigenhaus, angegliedert wurden. Auch das St. Georgen-Hospital hatte den Charakter eines Aussätzigenhauses (3).

Während der großen Pestseuchen war das St. Georg-Hospital, das außerhalb der Stadt lag, für Isolierungszwecke bestimmt. Das Heilig-Geist-Hospital dagegen war nur noch armen, betagten Personen und Chronisch-Kranken vorbehalten, wie Matheus Flaccus in seiner berühmten Berliner Pestschrift aus dem Jahre 1563 erwähnt. Wohl führen diese Anstalten den Begriff "Hospital" in ihrem Namen; jedoch Hospitäler im heutigen Sinne waren es nicht. Sie hatten meist mehr den Charakter eines Altersheimes.

Nachdem die Einwohnerzahl sehr stark anstieg - 1680 waren es 9 000 Einwohner und 1712 schon 61 000 - sollte der Fehlbedarf an Krankenhäusern und Altersheimen durch den Bau des Großen-Friedrich-Hospitals behoben werden.

Die Charité zu Berlin, die 1727 in ein Hospital und Lazarett umgewandelt wurde, erhielt 1797 den Charakter eines reinen Krankenhauses, nachdem die Hilfs- und Pflegebedürftigen ganz aus ihr entfernt worden waren (4).

Bis zum 18. Jahrhundert war eine verwaltungstechnische Trennung von Kranken und Armen nicht durchgeführt worden. Erst nach der Gründung der Charité begannen die Krankenhäuser Funktionen auszugliedern, die ihrem eigentlichen Charakter

(2) Vgl.: P.Wille: "Die Geschichte der Berliner Hospitäler und Krankenhäuser von der Gründung Berlins bis zum Jahre 1800", Dissertation, Berlin 1930, S.5

(3) Vgl.: D.F. Schulze: "Die Geschichte Spandaus", Bd. I, Spandau 1913, S.387

(4) Vgl.: P.Wille a.a.O., S.51

nicht entsprachen. Die Hospitäler dagegen nahmen jetzt zu-
meist nur noch Altersschwache und Chronisch-Kranke auf.

Diese Änderung in der Funktion der Hospitäler zeigt deut-
lich, daß Öffentlichkeit und staatliche Stellen bereits vor
der Jahrhundertwende erkannt haben, daß dem Problem der
Unterbringung und Pflege alter Menschen besondere Bedeu-
tung zukommt. Früher war es selbstverständlich, daß der
alte Mensch in der Familie verblieb und durch Kinder, Enkel,
Verwandte oder durch aktive Nachbarschaftshilfe versorgt
wurde. Heute dagegen hat der alte, hilfs- und pflegebe-
dürftige Mensch immer seltener die Möglichkeit, im Kreise
seiner Familie zu bleiben. Die Lockerungen der Familien-
bande, die Erschütterung der Familienverhältnisse durch
beide Weltkriege, die zunehmende materielle Einstellung
der Menschen und die Änderung der häuslichen Lebensgewohn-
heiten haben dazu ebenso beigetragen wie verstärkte Gene-
rationskonflikte, fehlender Wohnraum und schwierigere Um-
weltbedingungen für den alten Menschen. Die Frage der Un-
terbringung, Versorgung und Pflege alter Menschen ist so-
mit insbesondere in den letzten Jahrzehnten in immer
stärkerem Maße aus dem Bereich der Familie in den der
Öffentlichkeit verlagert worden.

Neben die moralische Verpflichtung der Familie tritt die
Verpflichtung des Staates zur Vorsorge für die alten Bür-
ger, wie sie sich aus dem Gedanken des sozialen Rechts-
staates ergibt. Sicher ist bereits von staatlicher Seite
viele auf diesem Gebiet geleistet worden, aber dennoch
ist festzustellen, daß der Ausbau der Alters- und Kran-
kenversorgung nicht mit den Erfordernissen Schritt halten
konnte. Immer lauter wird infolgedessen der Ruf nach einem
verstärkten Ausbau der bestehenden Einrichtungen, insbe-
sondere auf dem Gebiet der Versorgung der Alten und Chro-
nisch-Kranken.

In Berlin hat sich das Abgeordnetenhaus mehrfach mit die-
sem Problem befaßt. Eine vollständig befriedigende Lösung

der Frage scheint jedoch für Berlin in nächster Zukunft nicht zu erwarten sein. Daher ist es unbedingt erforderlich, die zur Verfügung stehenden Mittel so einzusetzen, daß die größtmögliche Wirkung erzielt wird.

B. Eigene Untersuchungen

I. Problemstellung und Definitionen

a. Die Notwendigkeit einer Erweiterung der bestehenden Einrichtungen

1. Die Bevölkerungsentwicklung in Berlin (West)

Wie schon erwähnt, ist die Bevölkerungszahl Berlins, nicht zuletzt wegen der hohen Zuwanderungsraten bereits in der Zeit vor dem ersten Weltkrieg außerordentlich stark gestiegen. Während 1871 Berlin noch weniger als 1 Million Einwohner zählte, wurden 1905 für dasselbe Gebiet mehr als 2 Millionen Einwohner registriert. In den 14 Verwaltungsbezirken, die 1871 noch nicht zu Berlin gehörten, lebten damals rund 100 000 Personen, im Jahre 1900 waren es 820 000 Einwohner, 1913 rd. 1.89 Millionen und 1955 zählte man in diesen Bezirken insgesamt 2.27 Millionen.

Diese stürmische Bevölkerungsentwicklung konnte sich nach dem Kriege auf Grund der besonderen wirtschaftlichen und politischen Lage Berlins nicht wiederholen. Seit 1966 ist die Bevölkerungszahl in Berlin (West) rückläufig, nachdem die Sterbeüberschüsse nicht mehr durch Wanderungsgewinne wettgemacht werden.

Die Entwicklung der Bevölkerung ist für die Planung des Bedarfs an Einrichtungen der Krankenpflege von größter Bedeutung. Für die Untersuchung der Versorgung der Alten und Chronisch-Kranken ist es jedoch sinnvoll, Anzahl und Anteil der 65 oder mehr Jahre alten Personen als Bezugszahl zugrunde zu legen. Der Anteil dieser Bevölke-

rungsgruppe, die überwiegend nicht mehr im Berufsleben steht, ist ständig größer geworden.

Tabelle 1 Altersgliederung der Bevölkerung Berlins (West)
1910 bis 1975

Jahr	Von je 100 der Wohnbevölkerung waren ... Jahre alt			
	unter 15	15 bis unter 45	45 bis unter 65	65 oder mehr
1910 1)	24,0	55,0	16,9	4,1
1925 1)	16,3	55,0	23,1	5,6
1933 1)	14,5	51,6	26,5	7,4
1946 1)	17,9	37,8	33,2	11,1
1950 1)	17,7	36,9	33,0	12,4
1955 2)	15,4	35,3	34,2	15,1
1961 1)	13,0	35,0	34,0	18,0
1966 2)	14,1	36,3	29,1	20,4
1970 3)	15,6	36,0	26,9	21,5
1975 3)	17,2	35,2	23,3	23,3

- 1) Volkszählungsergebnisse,
- 2) Fortschreibungsergebnisse,
- 3) Schätzung

Quellen:

Berliner Statistik, Bevölkerungsvorgänge in Berlin (West)
Sonderheft 61, Jan.1958,S.23

Berliner Statistik, Statistische Berichte: Vorausgeschätzte
Bevölkerung in Berlin (West) 1964 bis 1980, Aug.1965

Der Anteil der 65- oder mehr Jährigen an der Berliner Bevölkerung wird nach den obigen Vorausberechnungen im Jahre 1975 fast doppelt so hoch sein wie 1950. Das bedeutet eine entsprechend höhere Belastung für den überwiegend erwerbstätigen Teil der Bevölkerung. Nämlich die 15- bis unter 65jährigen müssen sowohl für den Lebensunterhalt der Kinder als auch zum Teil für die Versorgung der Älteren aufkommen.

Abb. 1

Altersstufen im Deutschen Reich und Bundesgebiet



Altersstufen in Großberlin und Berlin -West

Quellen: "Denkschrift über eine Zielplanung für die Berliner Krankenanstalten", Der Senator für Gesundheitswesen, Berlin 1960, Abschnitt A, Tab. S.A 16
 "Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland", Statistisches Bundesamt 1971
 "Statistisches Jahrbuch Berlin 1971", Statistisches Landesamt Berlin

Wie sich aus Abb. 1 ergibt, ist diese Tendenz zu einer Erhöhung des Altenanteils auch für das gesamte Bundesgebiet zu beobachten. Die Gegenüberstellung aber mit Großberlin bzw. Berlin (West) zeigt, daß die Altersstruktur im übrigen Bundesgebiet doch merklich günstiger ist als in Berlin. Während nämlich in Berlin (West) 1959 von 100 Einwohnern 17,3 Personen 65 Jahre oder älter waren, kamen im übrigen Bundesgebiet auf 100 Einwohner durchschnittlich nur 10,5 Personen im Alter von 65 oder mehr Jahren. Im Jahre 1939 kamen in Deutschland auf einen alten Nichterwerbsfähigen 9,4 im Erwerb stehende Menschen, 1953 waren es 7 und 1982 werden es nach Vorausberechnungen des statistischen Bundesamtes wahrscheinlich 4 sein (5).

2. Der Wandel in der Versorgung der alten Menschen

Nicht nur der zahlenmäßige Umfang des in die Altersversorgung einzubeziehenden Personenkreises, sondern auch Änderungen in der Art der Versorgung haben das Altenproblem immer dringlicher werden lassen.

In der Tat ist die Altenhilfe zu einer zentralen Aufgabe der sozialen Arbeit im internationalen, nationalen und kommunalen Bereich geworden. Bisher nicht gekannte Altersprobleme stellen sich im Familien- und Gemeinschaftsleben, im Gesundheitswesen und in der Fürsorge. Industrialisierung, Verstädterung, Kriege und Zusammenbruch des Währungssystems haben den gesellschaftlichen, familiären und wirtschaftlichen Halt der alten Menschen erschüttert. Andererseits hat die Lebenserwartung und damit verbunden die Zahl der alten Menschen nicht zuletzt durch Fortschritte auf medizinischem Gebiet ständig zugenommen. Der 3-Generationenhaushalt (Großeltern, Eltern und Kinder) wird in zunehmendem Maße durch die Kleinfamilie (Eltern, Kinder) verdrängt.

(5) Vgl.: R.Schubert: "Die Altersverschiebung in Deutschland" in: Der alte Mensch in unserer Zeit, Stuttgart 1958, S.107

Die Sozialpolitik wird damit vor die Frage gestellt, was für die alten Menschen getan werden kann, damit sie ihr Leben nicht als sinnlos empfinden. Ein wesentlicher Faktor ist hierbei die Vorsorge bei ständiger Krankheit oder bei völliger oder teilweiser Hilflosigkeit.

K. Freudenberg schreibt in seinem "Gutachten über den Bedarf an Betten in Krankenanstalten in West-Berlin", daß ein Hospitalbettenmangel besonders für die Innere-, Psychiatrische- und speziell für die Urologische Fachabteilung bestehe. Da die Hospitäler in Berlin heute überbelegt sind und viele Chronisch-Kranke und Alterskranke auf Neuaufnahme warten, stellt sich die Frage, ob Hospitäler und/oder Pflegeheime geschaffen werden sollen, um den bestehenden Bettenmangel zu beseitigen.

In der vorliegenden Arbeit wurde zu diesem Zweck einerseits ermittelt, wieviele Kranke in jeder Fachabteilung der in die Untersuchung einbezogenen Hospitäler aufgenommen worden sind und andererseits, welche Alterspflegebedürftigen und Chronisch-Kranken der betreffenden Hospitäler jetzt oder in nächster Zeit nach ärztlichem Ermessen in einem Alterspflegeheim, Altersheim, Alterswohnheim untergebracht oder nach Hause entlassen werden könnten.

Wenn die Untersuchung im Rahmen dieser Arbeit auf 821 Patienten beschränkt bleiben mußte, so lassen sich doch Schlüsse im Hinblick auf einige Lösungsmöglichkeiten ziehen.

b. Definition der in der Arbeit verwendeten Begriffe

Sowohl vom Gesetzgeber als auch von der Verwaltung sind eine ganze Reihe von Definitionen für die Abgrenzung der verschiedenen Anstaltstypen erarbeitet worden, die bei dieser Untersuchung zugrunde gelegt werden können.

Zunächst unterscheidet man in Berlin (West) zwischen der Versorgung der Alten in der offenen und in der geschlossenen Fürsorge.

Die Versorgung der Alten in der offenen Fürsorge geht von den Bezirksämtern aus. Ein Fürsorgedienst, Abteilung Sozialwesen, der einzelnen Bezirksämter nimmt Einblick in das Leben der Alten. Er vermittelt soziale Leistungen, wenn sie notwendig sind, sorgt für Altentagesstätten für Einsame und gewährt Haus- und Hauskrankenpflege, Erholungsreisen und Pflegezulagen.

Die Versorgung der Alten in der geschlossenen Fürsorge umfaßt die Fälle, in denen Betagte nicht mehr in ihrer eigenen Wohnung verbleiben können und in einem Altenwohnheim, Altersheim, Alterspflegeheim oder Hospital untergebracht werden müssen. Die Abgrenzung der einzelnen Einrichtungen läßt sich im wesentlichen nach Art der Wohnung, Betreuung und Verpflegung vornehmen:

1. Abgrenzung der Anstalten

"Altenwohnungen sind kleine in sich abgeschlossene Wohnungen für rüstige alte Menschen, die den Anforderungen einer normalen Wohnung nicht mehr gewachsen sind, sich aber noch selbst versorgen können. Sie können als Einliegerwohnungen in Einfamilienhäusern, als eingestreuete Wohnungen in Mietsgebäuden und in Altenwohnhäusern, Altesiedlungen oder Altenwohnheimen vorkommen" (6).

"Das Altenwohnhaus enthält eine Anzahl von Altenwohnungen ohne Heimcharakter, jedoch unter Sicherstellung altersgerechter Hilfen im Rahmen der offenen Altenhilfe"(7).

(6) "Hinweise in Altenhilfe" in: Der Deutsche Städtetag, Köln-Marienburg 1965, S.13

(7) "Hinweise in Altenhilfe" a.a.O., S.13

"Die Alterssiedlung ist eine siedlungsmäßige Zusammenfassung von Altenwohnungen, ebenfalls unter Sicherstellung altersgerechter Hilfen im Rahmen der offenen Altenhilfe"(7).

"Das Altenwohnheim ist eine heimmäßige Zusammenfassung von Altenwohnungen"(7). Entweder versorgt der Betagte sich selbst oder läßt sich ganz oder teilweise durch das Heim versorgen.

"Im Altenheim sollen diejenigen alten Menschen Aufnahme finden, die aus persönlichen Gründen oder wegen leichter körperlicher Gebrechen nicht mehr ein selbständiges Dasein führen können (z.B., weil sie nicht mehr in der Lage sind, ihre Mahlzeiten, ihre Wäsche, das Heizen oder den Einkauf zu besorgen), aber noch nicht dauernd pflegebedürftig sind"(8). Altersheime sind also Einrichtungen, in denen die Betagten neben dem Wohnraum noch Verpflegung erhalten. Ein größerer Personalaufwand als im Alterswohnheim ist notwendig. Versorgt werden sie von frei praktizierenden Ärzten.

"Im Pflegeheim werden dauernd pflegebedürftige alte Menschen verpflegt und gepflegt, also voll versorgt. In das Pflegeheim werden alte Menschen aufgenommen, wenn sie ständig bettlägerig sind, infolge geistiger Altersgebrechlichkeit einer dauernden Aufsicht bedürfen oder zu bestimmten Verrichtungen (Aufstehen, Waschen, Anziehen, Frisieren, Essen usw.) einer zusätzlichen Hilfe bedürfen"(9). Das Pflegeheim darf keinen Krankenhauscharakter haben. Ein Heimarzt versorgt die Pflegelinge. Eine Kopplung von Altersheimen mit Alterspflegeheimen gibt es ebenfalls. Der alte Mensch kann daher bei Erkrankung in der gewohnten Umgebung bleiben und wird nur in ein anderes Gebäude zeitweilig verlegt.

(7) "Hinweise in Altenhilfe" a.a.O., S.13

(8) "Hinweise in Altenhilfe" a.a.O., S.15

(9) "Hinweise in Altenhilfe" a.a.O., S.17

"Ein Hospital ist eine Krankenanstalt, in die chronisch-krank Personen jeden Alters aufgenommen werden, deren Wiederherstellung sich überhaupt nicht oder der Zeit nach nicht bestimmen läßt, die aber nach Art ihres Zustandes ständiger ärztlicher Aufsicht und dauernder Pflege durch geschultes Hilfspersonal bedürfen"(10).

Weiter gibt es noch geriatrische Abteilungen in größeren Krankenhäusern. "In diesen Abteilungen werden die Patienten nach den Erkenntnissen der Geriatrie ärztlich behandelt. Gleichzeitig ist hier eine den Bedürfnissen des Alters angemessene Krankenpflege gewährleistet"(11).

2. Abgrenzung zwischen Langfristig-, Chronisch- und Alterskranken

In diesen Definitionen treten bereits die Begriffe Langfristig-Kranke, Chronisch-Kranke und Alterskranke auf, die einer besonderen Erläuterung und gegenseitigen Abgrenzung bedürfen.

Langfristig-Kranke sind Kranke, bei denen in zwar längerer, aber absehbarer Zeit Besserung oder Heilung zu erwarten ist und die ständiger ärztlicher Aufsicht und Pflege durch geschultes Personal bedürfen.

"Chronisch-Kranke" sind Kranke, die während einer zeitlich nicht absehbaren, langen stationären Unterbringung intensiv gepflegt und anhaltend, in der Intensität aber wechselnd, ärztlich behandelt werden müssen. Dabei wird erstrebt, ihren Organismus zumindest so zu aktivieren und anzupassen, daß die Notwendigkeit einer stationären ärztlich-pflegerischen Behandlung entfällt und sie in häusliche Pflege oder in ein die häusliche Pflege

(10)"Denkschrift über die Altenfürsorge", Feb.1960, S.11, Herausg.: Sen.f.Arb.u.Soz.wes.

(11)"Hinweise in Altenhilfe" a.a.O., S.19

ersetzendes Heim entlassen werden können" (12), z.B. Altersheim oder Alterspflegeheim. Bei Chronisch-Kranken läßt sich die Wiederherstellung überhaupt oder zeitlich nicht bestimmen und sie bedürfen nach ihrem Krankheitszustand ständig ärztlicher Aufsicht und dauernder Pflege.

Alterskranke sind Kranke, die infolge ihres Alters schwach und gebrechlich sind, an Alterskrankheiten leiden und infolgedessen sich in eine zeitlich nicht absehbare intensiv anhaltende ärztliche Pflege begeben müssen. Erstrebenswert erscheint auch hier wie bei den Chronisch-Kranken die Aktivierung und Anpassung des Organismus an das tägliche Leben, damit eine stationäre ärztliche Pflege entfällt.

3. Hilflosigkeit und Hilflosenpflegegeld

Eine Anzahl von Alters- und Chronischkranken erhält Hilflosenpflegegeld, das in drei Stufen gewährt wurde: bei Stufe I betrug es 100,-- DM, bei Stufe II 150,-- DM und bei Stufe III 240,-- DM monatlich. Das Pflegegeld ist keine Leistung der Sozialhilfe, sondern eine Leistung auf Grund des Gesetzes über Pflegegeld für Zivilblinde und Hilflose. Es wird unbeschadet sonstigen Einkommens nach dem Grad der Hilflosigkeit gewährt.

"Hilflos im Sinne des Gesetzes sind Personen, die infolge Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens in erheblichem Umfang dauernd der Wartung und Pflege bedürfen"(13). Das sind in erster Linie Zivilblinde, hochgradig Sehschwache und Hilflose.

(12) "Grundsätze für die Aufnahme in Anstalten (Hospitälern) bzw. Abt. für Chronischkranke des Landes Berlin vom 14. März 1967", Amtsbl.f.Berlin, Teil I/J.17/Nr.21/S.2

(13) Bundessozialhilfegesetz (BSHG) § 1 Abs.4

Die Gewährung der Hilfe zum Lebensunterhalt durch Unterbringung in Anstalten oder ähnlichen Einrichtungen umfaßt gleichzeitig auch die Hilfe in besonderen Lebenslagen.

Der infrage kommende Personenkreis wird mit wenigen Ausnahmen nach den Einkommensverhältnissen abgegrenzt, wobei ein gewisser Einkommensfreibetrag gewährt wird. Da die Hilfesuchenden die Mittel aus Einkommen und Vermögen nicht aufbringen können, sollen sie durch diese Hilfe selbständig und unabhängig gemacht werden.

Die Eingliederungshilfe für Behinderte wird gewährt für Menschen mit seelischer, geistiger und körperlicher Behinderung (Blinde, Taube, Stumme, Gelähmte, Amputierte). Allerdings fallen solche Personen, deren geistige Behinderung auf andere Ursache als auf die der Entwicklung zurückzuführen ist, wie senile Demenz, Schizophrenie, Altersblödsinn und Epilepsie nicht darunter.

Auf die Gewährung des Hilflosengeldes besteht ein Rechtsanspruch (14). Die Entscheidung über die Gewährung oder Versagung unterliegt den Bezirksämtern. Ob und in welchem Maße Hilflosigkeit vorliegt, entscheidet die Senatsverwaltung für Arbeit und Sozialwesen. Das Gutachten über den Zeitpunkt der Gewährung und die Voraussetzungen gibt ein ärztlicher Dienst ab; z.B. erhalten

Sehschwache	Stufe I
Hilflose	Stufe II
bei besonderer Hilflosigkeit	Stufe II oder III
Blinde	Stufe III

Beispiele für die Verrechnung des Hilflosenpflegegeldes mit dem Einkommen:

1) Ein Patient erhält:	450,--	DM Rente
	<u>+ 240,--</u>	DM Hilflosenpflegegeld
	690,--	DM
	<u>- 589,--</u>	DM Hospitalkosten f. 31 Tage
	101,--	DM

Diese 101,-- DM behält der Patient und gilt als Selbstzahler.

(14) Vgl. zur gesetzlichen Regelung: BSHG §§ 27 Abs. 3, 28, 39, 68

2) Ein Patient erhält: 180,-- DM Rente
+ 100,-- DM Hilflosenpflegegeld
280,-- DM
- 589,-- DM Hospitalkosten f.31 Tage
- 309,-- DM

Hier zahlt das Sozialamt als Kostenträger DM 309,-- für den Patienten. Das Hilflosenpflegegeld ruht und der Patient erhält zu seinem Taschengeld von 30,-- DM zusätzlich 30,-- DM als Ausgleich für Behinderte. Somit hat er ein Taschengeld in Höhe von 60,-- DM.

c. Das Problem der Altennot

Die häufigsten Ursachen der Altennot in West-Berlin, die zu einer Hospitalaufnahme führen, sind chronische Leiden, körperliche und geistige Gebrechlichkeit, seelische Belastungen aller Art, die bis zur völligen Hilflosigkeit führen und teilweise mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten einhergehen. Letztlich muß also nicht immer eine wirkliche Erkrankung der Grund zu einer Hospitalaufnahme sein.

Angesichts der steigenden Zahl der alten Bürger wird es besonders in Berlin immer dringlicher, hier Abhilfe zu schaffen. Viele Alte stehen heute schon auf einer Warteliste, um ins Hospital, Alterspflegeheim, Altersheim oder Alterswohnheim zu kommen. Für einige Jahre liegen Zahlen über die sogenannten Anwartschaften auf ein Hospitalbett vor. So zählte man am 1.1.1959 insgesamt 697 Wartende
am 1.1.1960 insgesamt 679 Wartende
am 1.1.1961 insgesamt 511 Wartende.

Von den 511 Anwärtern auf Hospitalbetten, die 1961 erfasst wurden, waren 191 männlichen und 320 weiblichen Geschlechts. Von den 191 Männern befanden sich 102 (rd. 53 %) in allgemeinen Krankenhäusern und 89 Männer (rd. 47 %) waren außerhalb einer Krankenanstalt in Pflege. Bei den Frauen

waren 195 (rund 61 %) in allgemeinen Krankenhäusern und 125 (rund 39 %) befanden sich außerhalb einer Krankenanstalt in Pflege (15). Diese Zahlen zeigen deutlich, in welchem starken Umfang Einrichtungen und Bettenkapazität in allgemeinen Krankenhäusern durch Patienten in Anspruch genommen werden, die in Hospitälern und ähnlichen Anstalten untergebracht werden mußten.

Eine 1965 - 1966 durchgeführte Untersuchung in Hospitälern ergab, daß im Durchschnitt wöchentlich 79 Hospitalaufnahmen zu verzeichnen waren, denen 77 Abgänge, davon 55 Abgänge durch Todesfälle und 22 wegen Verlegung oder Entlassung nach Hause, gegenüberstanden. Die Zahl der Neuaufnahmen war somit ziemlich stark durch die Zahl der Abgänge begrenzt. Dieses zeigt die Auslastung der Aufnahmekapazität an (16).

Eine mit Stichtag vom 31.5.1967 durchgeführte Erhebung von Anwärtern auf ein Hospitalbett ergab die folgende bezirksweise Verteilung der Wartenden (17):

Tabelle 2

Bezirke von Berlin-West	Erhebung vom 31.5.67		Restliche Wartende v. 1.1. - 1.4.67	
	ml.	wbl.	ml.	wbl.
Tiergarten	7	9	-	2
Wedding	12	34	-	1
Kreuzberg	5	47	-	3
Charlottenburg	9	39	-	2
Spandau	2	32	-	1
Wilmerdsdorf	14	38	1	-
Zehlendorf	4	8	-	2
Schöneberg	10	52	-	-
Steglitz	7	43	-	2
Neukölln	21	71	-	3
Reinickendorf	17	42	-	1
Tempelhof	6	29	-	4
insges.	114	444	1	21

(15) Vgl.: Sen.f.Ges.wes.: "Denkschrift über eine Zielplanung für die Berliner Krankenanstalten", Berlin 1960, S. F 2

(16) Vgl.: Rettungsamt Berlin(West), Hospitalbettennachweis, aus Erhebungen u.z.T.nicht veröffentl.Unterlagen d. Amtes

(17) Vgl.: Rettungsamt Berlin(West), Hospitalbettennachw., a.a.O.

Der einwohnerstärkste Bezirk Neukölln steht mit 92 Anwärtern weitaus an der Spitze aller Bezirke, gefolgt von Schöneberg und Reinickendorf. In Zehlendorf und in Tiergarten wurden mit 12 bzw. 16 Personen die wenigsten Anwärter registriert. Dem erfaßten Personenkreis sind noch 22 Anwärter zuzurechnen, die noch auf der schon vorher geführten Warteliste standen. Insgesamt wurden also Ende Mai 1967 als Anwärter auf einen Hospitalplatz in Berlin (West) 580 Alte und Chronisch-Kranke gezählt. Davon waren 115 Männer und 465 Frauen. Obwohl die Zahl der Krankenbetten in den Hospitälern in den letzten Jahren zugenommen hat, war es nicht möglich, die Zahl der Personen, die auf ein Hospitalbett warten mußten, zu verringern.

Für die Jahre 1968 bis 1971 ergibt sich folgendes Bild(18):

Jahr	Wartende	vermittelte Betten		
		insges.	davon	
			ml.	wbl.
1968	5984	3321	817	2504
1969	6130	2962	742	2220
1970	6912	3569	798	2768
1971	7234	4281	993	3288

Die zuständigen Stellen in Westberlin stehen nun vor der Frage, ob mehr Altersheime, Alterspflegeheime und Hospitäler gebaut werden sollen, oder ob man einen Teil dieser Gebäude von alten Menschen entlasten kann. Weiterhin wäre zu überlegen, ob nicht an größere Krankenhäuser eine geriatrische Rekonvaleszentenstation zur Mitbetreuung alter Patienten angeschlossen werden kann oder durch Krankenhausneubau die alten Gebäude für geriatrische Fälle genutzt werden können. Ebenso wäre es interessant zu prüfen, ob nicht weitere Alterspflegestationen an Altersheime angeschlossen werden können bzw. ob nicht mancher Angehörige seine alten Eltern doch zu Hause betreuen kann.

(18) Berliner Feuerwehr Hospitalbettennachweis, aus Erhebungen und z.T. nicht veröffentlichten Unterlagen.

II. Umfang und Methodik der Untersuchung

a. Der befragte Personenkreis

In der vorliegenden Arbeit wurden im Zeitraum vom 1. November 1966 bis zum 1. Juli 1967 persönlich 821 Alters- und Chronisch-Kranke in drei Berliner Hospitälern befragt und deren Anamnesen durchgesehen. Aufgeteilt nach dem Geschlecht waren es 624 weibliche und 197 männliche Pfléglinge. Aufgesucht wurden in den Hospitälern Innere, Chirurgische und Neurologisch-Psychiatrische Abteilungen.

b. Art der Fragestellung

Die Befragung der Patienten selbst war nicht ganz einfach. Taubheit und Stumpfsinn erschwerten zum Teil den Kontakt schwer. Infolge cerebralsklerotischer Veränderungen konnten sich manche alte Menschen nicht mehr an Einzelheiten wie Beruf, Geburtsort, Zuzugsjahr nach Berlin, Berentungsjahr, nächsten Angehörigen, jetzige Interessengebiete u.a. erinnern. Teils lagen sie völlig teilnahmslos im Bett und waren gar nicht ansprechbar, oder aber sie greinten und schimpften vor sich hin. Auch versuchten sie häufig, die nicht mehr erinnerlichen Angaben durch Konfabulationen zu ersetzen. Nur durch intensive Gespräche konnten in manchen Fällen die Angaben richtig gestellt werden. Besonders traten diese Erscheinungen bei den Patienten der Neurologisch-Psychiatrischen Fachabteilung auf. Aus diesem Grunde mußten dort einige Angaben fallen gelassen werden, da die Zahl der Falschangaben zu groß geworden wäre. Aus den Anamnesen wurden Alter, Geschlecht, Familienstand, Geburtsort, Aufnahmetag, Kostenträger, Diagnosen, Medikamentenangabe/die und Psyche, Stimmung und Affekt entnommen.

Nach Durchsicht der einzelnen Anamnesen vom Aufnahmetag an bis zum Verlassen der Station wurde der betreffende Stationsarzt befragt. Dieser gab an, welche der betreffenden

Patienten bei Besserung ihres Zustandes aus dem Hospital jetzt oder in nächster Zeit entlassen werden könnten. Dabei wurden als Vorschläge zur Wahl gestellt: nach Hause, Altersheim, Altersheim mit Diät, neurologisch-psychiatrisches Altersheim und zu ebener Erde liegende Zimmer in diesen Heimen für Gehbehinderte.

Das Pflegepersonal der aufgesuchten Stationen wurde ebenfalls in die Befragung einbezogen. Einige von den Patienten gemachte Angaben wurden auf diese Art und Weise richtig gestellt, insbesondere die über die früher ausgeübten Berufe. Aufschlußreich waren die Angaben über die Häufigkeit der Besuche von Angehörigen im Hospital. Aus den Krankenblättern der einzelnen Patienten wurden die Angaben über die Diätformen, physikalische Therapie und Bewegungsmöglichkeiten der Patienten entnommen und ausgewertet. Zum Schluß beantworteten die Fürsorgerinnen noch einige Fragen zum Gesamtbild der Untersuchung.

c. Die Auswertung des vorhandenen Materials

Die Art der Fragestellung ist aus einem Muster des vervielfältigten Fragebogens ersichtlich (Anlage 1), nach welchem die Patienten befragt wurden. Die Gliederung der Fragen läßt bereits erkennen, nach welchen Gesichtspunkten die Erhebungsbogen später ausgewertet wurden. Die Zahl der Fälle wurde für jedes Merkmal zunächst in Strichellisten festgehalten, aus denen später die einzelnen Tabellen erstellt wurden. Fehlende Angaben wurden lediglich durch Befragung der Ärzte, des Pflegepersonals und der Fürsorgerin beschafft. Waren zuverlässige Angaben auch auf diesem Wege nicht zu erhalten, dann wurden diese Merkmale für die betreffenden Personen nicht erfaßt. Daraus ergibt sich, daß für einige Fragen eine geringere Zahl von Fällen aufgeführt ist, als Personen befragt wurden.

III. Die Aufteilung der befragten Personen nach sozialen Merkmalen

a. Altersverteilung

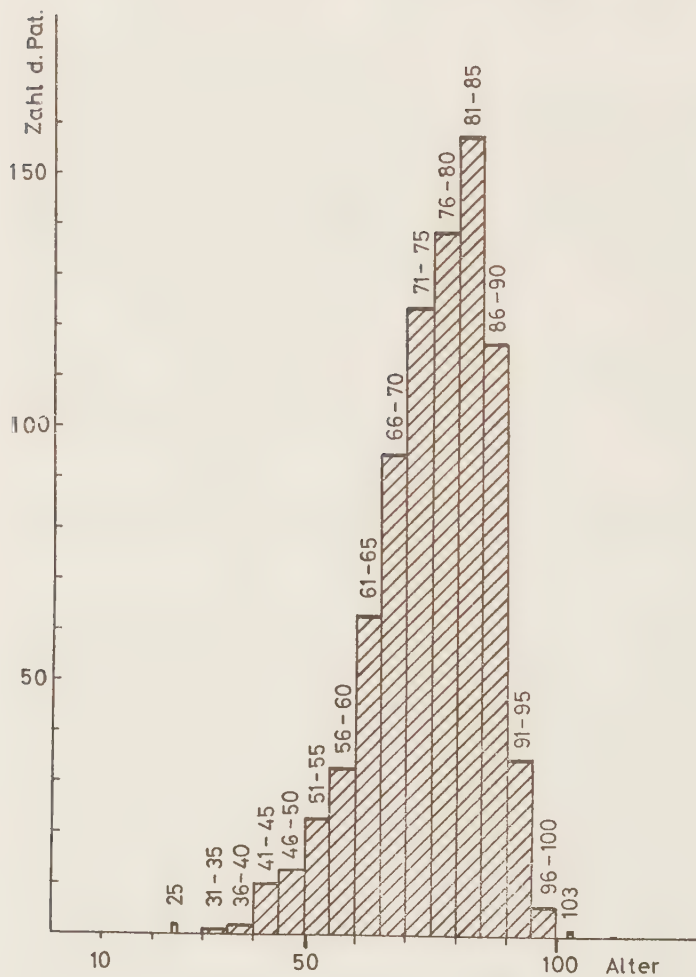
In den drei Berliner Hospitälern wurden insgesamt 821 Personen in die Untersuchung einbezogen, davon 197 männliche und 624 weibliche. Legt man die in der Bundesrepublik Deutschland geltende Altersgrenze von 65 Jahren als Unterscheidungskriterium zwischen Langfristig- bzw. Chronisch-Kranken und den Alterskranken zugrunde, dann zählen 157 Personen zur ersten Gruppe (19 %) und 664 Personen (81 %) sind als Alterskranke anzusehen.

Tabelle 3

Alter der Patienten	A b t e i l l u n g e n						insges.
	Innere		Chirurgie		Neuro- Psychiatrie		
	ml.	wbl.	ml.	wbl.	ml.	wbl.	
25	-	-	-	-	1	1	2
31 - 35	-	-	-	-	1	-	1
36 - 40	-	-	-	-	-	2	2
41 - 45	1	2	-	2	2	4	11
46 - 50	-	5	-	1	3	4	13
51 - 55	3	7	2	1	5	5	23
56 - 60	9	9	1	3	2	8	32
61 - 65	16	26	-	4	11	16	73
66 - 70	17	34	-	11	6	17	85
71 - 75	21	64	2	18	3	16	124
76 - 80	31	74	2	19	1	12	139
81 - 85	26	103	-	22	1	6	158
86 - 90	23	68	-	22	-	4	117
91 - 95	5	18	-	10	-	1	34
96 -100	1	4	-	1	-	-	6
103	-	1	-	-	-	-	1
zus.	153	415	7	114	36	96	821
insges.	568		121		132		821

Abb. 2

Altersverteilung in 3 Berliner Hospitälern



Die Aufteilung nach Abteilungen in Tabelle 3 zeigt, daß mit zunehmendem Alter der Patienten in jeder Altersgruppe ein wachsender Anteil der Patienten in der Inneren und der Chirurgischen Abteilung zu finden ist. In diesen beiden Abteilungen zusammen ist die Altersgruppe der 81 - 85-jährigen am häufigsten vertreten, während die am stärksten vertretene Altersgruppe in der Neuro-Psychiatrie die Gruppe der 60 - 65-jährigen ist.

Die Säulen der Altersverteilung (Abb. 2) sind bis zur Altersgruppe der 36 - 40-jährigen recht niedrig und steigen dann aber stetig an. Sie erreichen bei der Altersgruppe der 81 - 85-jährigen ihren Höhepunkt und fallen dann steil ab. Der größte Zuwachs erfolgt bei der Gruppe der 61 - 65-jährigen und bei der der 76 - 80-jährigen.

Daß sich die Anzahl der Patienten in der Gruppe der 61 - 65-jährigen gegenüber der vorhergehenden Gruppe, die auch schon recht groß ist, mehr als verdoppelt, kann als Anzeichen dafür gelten, daß sich in dieser Gruppe bereits Alterskranke befinden. Aufgrund der Krankengeschichte war jedoch zu erkennen, daß dennoch die Mehrzahl der Patienten in dieser Gruppe auch zu den Langfristig- und Chronisch-Kranken gerechnet werden muß.

Eine Trennung von Langfristig- und Chronisch-Kranken einerseits und Alterskranken andererseits mit Hilfe der Diagnosen erschien aufgrund des vorhandenen Materials nicht möglich und sinnvoll, da ein fließender Übergang besteht. Die Einteilung nach Lebensalter - wenn auch im Einzelfall nicht immer zutreffend - war die beste Lösung. Gleichzeitig ergab sich bei dieser Einteilung auch die Möglichkeit, die hier gewonnenen Ergebnisse mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen vergleichbar zu machen, die in der Regel das gleiche Einteilungskriterium zugrunde legen.

b. Geschlecht und Familienstand

Von den 568 Patienten auf der Inneren Abteilung waren 153 Männer und 415 Frauen, die Chirurgische Abteilung

hatte mit 7 männlichen Patienten von 121 den geringsten Anteil an Männern, während auf der Neurologisch-Psychiatrischen Abteilung 36 männliche und 96 weibliche Patienten behandelt wurden.

Die Aufgliederung nach Familienstand ergab folgendes Bild:

Tabelle 4

Abteilung	verwitwet			verheiratet		
	ml.	wbl.	ges.	ml.	wbl.	ges.
Innere	66	251	317	52	35	87
Chirurg.	3	79	82	-	6	6
Neuro-Psychiatr.	5	38	43	5	15	20
insges.	74	368	442	57	56	113

Abteilung	geschieden			ledig		
	ml.	wbl.	ges.	ml.	wbl.	ges.
Innere	14	35	49	21	85	106
Chirurg.	1	5	6	3	24	27
Neuro-Psychiatr.	8	14	22	19	25	44
insges.	23	54	77	43	133	177

Von 12 Hospitaliten waren keine Angaben verfügbar, da sie entweder zu stumpfsinnig und dement waren und keine Angehörigen hatten oder bei ihnen der Zustand nach einer Apoplexie mit Hemiplegie und motorischer Aphasie vorlag.

Der größte Teil der weiblichen Patienten - 368 oder 61,2 % - war verwitwet, während bei den Männern nur 74 oder 38 % verwitwet waren. Von den weiblichen Patienten waren nur

rund 9 % verheiratet, bei den Männern dagegen rd. 29%. Die hohe Zahl der verwitweten Frauen und die geringe Zahl der verwitweten Männer dürfte einerseits auf Kriegseinwirkungen zurückzuführen sein und andererseits auf die Tatsache, daß die Frauen im Durchschnitt ihre Männer um einige Jahre überleben.

c. Frühere Berufszugehörigkeit

Die Aufgliederung nach der Art der früher ausgeübten Tätigkeit zeigt, daß die Gruppe der Arbeiter (ca. 28 %) und die Gruppe der Angestellten (ca. 30 %) den größten Anteil ausmachen. Die Gruppe der Selbständigen ist nur mit 63 Personen (knapp 9 %) sehr schwach vertreten.

Tabelle 5

Art der Tätigkeit	ml.	wbl.	insges.
Arbeiter	109	120	229
Angestellte	48	196	244
davon: öffentl. Dienst	9	32	41
Hausangestellte	-	82	82
kaufm. u. sonst.	39	82	121
Selbständige	21	42	63
freiberuflich Tätige	4	13	17
ohne Tätigkeit	11	172	183
keine Angaben	4	81	85
ges.	197	624	821

Relativ hoch ist die Zahl der Personen, die keinen Beruf ausgeübt haben, nämlich 183 Personen, das sind rd. 22 %, wobei es sich fast ausschließlich um Frauen handelt. 83 Untersuchungspersonen konnten keine Angaben machen, und

es waren auch keine Angehörigen bekannt, die Auskunft hätten geben können.

d. Aufteilung in Zugezogene und in gebürtige Berliner

In Tabelle 6 sind die Untersuchungspersonen danach aufgeteilt, ob sie in Berlin geboren oder zugezogen sind.

Tabelle 6

	<u>A b t e i l u n g</u>						ges.
	Innere ml.	wbl.	Chirurgie ml.	wbl.	Neuro-Psych. ml.	wbl.	
in Berlin geboren	43	137	3	31	17	37	268
nach Berlin zugezogen	110	277	4	83	20	59	553

268 Personen oder rd. 32,6 % waren in Berlin geboren, während 553 Personen oder rd. 67,4 % nach Berlin zugezogen waren. Das Verhältnis zwischen in Berlin Geborenen und Zugezogenen ist bei Männern und Frauen fast gleich, nämlich 1:2. Auf einen männlichen Berliner kommen so rd. 2,12 und auf einen weiblichen Berliner rd. 2,04 nicht in Berlin Geborene. Von 134 männlichen Zugezogenen kamen 5 aus dem Ausland, während es von 419 weiblichen Zugezogenen nur 7 waren.

IV. Aufnahme und Aufenthalt im Hospital

a. Zahlenmäßiger Umfang der Hospitalaufnahmen

Betten, die durch Entlassung, Todesfall oder Überweisung frei werden, werden in allen drei Hospitälern

nach 1 - 2 Tagen wieder neu belegt. Zur Zeit der Untersuchung waren von 853 verfügbaren Betten 14 Betten auf der Inneren Abteilung und 8 Betten auf der chirurgischen Abteilung aus diesem Grunde nicht belegt. Dazu kamen noch 10 Betten, die infolge von Ausbauarbeiten nicht belegt waren. Ein Krankenhaus hatte in einem der Hospitäler 16 Betten mit eigenen Akutkranken belegt.

Sieht man von der kleinen Anzahl der Betten ab, die kurzfristig zur Desinfizierung und Entlüftung unbelegt waren, so waren alle verfügbaren Betten besetzt und Reservekapazitäten bestanden nicht.

Bei der Berechnung der Kosten, die ein Pflegeplatz verursacht, muß man zwischen dem sogenannten Pflegesatz und den effektiven Kosten unterscheiden. Unter einem Pflegesatz ist derjenige Betrag zu verstehen, den der Kostenträger für den Pflegling an das Hospital, Alterspflegeheim oder Altersheim zahlt, sofern der Patient nicht Selbstzahler ist. Diese Pflegesätze sind sehr unterschiedlich: sie betragen pro Tag für einen Hospitalplatz DM 19,--, für einen Alterspflegeplatz DM 12,95 und für einen Altersheimplatz DM 9,75. Davon zu unterscheiden sind die effektiven Kosten, die in einem der Hospitäler für das Jahr 1965 mit ca. DM 34,-- pro Tag und Hospitalplatz angegeben wurden. Diese sind im Laufe der Jahre ebenso wie der sogenannte Pflegesatz gestiegen. So betrug der Pflegesatz pro Tag und Platz am 1.1.1972

38,90 DM in städtischen Hospitälern

42,90 DM in einzelnen Häusern mit besonderen Einrichtungen, z.B. Malteser-Hospital, Arbeiterwohlfahrts-Hospital, Arbeiter-Samater-Bund-Hospital

40,20 DM in einer Nervenklinik für Chronisch-Kranke

20,15 DM in Alterspflegeheimen

15,10 DM in Altersheimen

Die Differenz zwischen effektivem Aufwand und Hospitalpflegesatz wird aus Haushaltsmitteln bereitgestellt.

Es wäre daher auch aus finanziellen Erwägungen heraus zu überprüfen, ob nicht ein Teil der relativ teuren Hospitalplätze eingespart werden könnte, indem man Patienten ins Alterspflegeheim oder ins Altersheim verlegt.

b. Aufgliederung nach vorherigem Aufenthaltsort

Zum größten Teil wurden die Patienten von zu Hause aus ins Hospital eingewiesen, aber in einem Teil der Fälle handelt es sich auch um Verlegungen. Aus einem Altersheim kamen 22 Männer und 108 Frauen, von letzteren 3 aus einem Diabetiker-Altersheim und 2 aus einem Blinden-Altersheim. 2 Männer und 12 Frauen kamen aus einem Alterswohnheim und 2 Männer und 4 Frauen aus einem Alterspflegeheim.

Von 446 alleinstehenden Personen, die von zu Hause aufgenommen wurden, haben 72 Männer und 278 Frauen ihre Wohnung bereits aufgelöst. Nur 96 Personen (17 ml., 79 wbl.), das sind rd. 34 % der Alleinstehenden, haben ihre Wohnung vorläufig beibehalten. Meist handelt es sich dabei um Selbstzahler und um Neuzugänge, bei denen das Sozialamt in ungewissen Fällen die Mietkosten bis zu ca. 6 Monaten trägt. Der Anreiz, den die eigene Wohnung auslöst und die Mutlosigkeit, die mit dem Aufgeben dieser verbunden ist, sollte nicht unterschätzt werden.

Mit dem Ehepartner zusammen lebten 56 Männer und 47 Frauen, während 13 Männer und 68 Frauen mit Kindern zusammen gewohnt hatten. Eine Wohnung mit Verwandten gemeinsam hatten 13 Männer und 20 Frauen. 3 Frauen wurden aus der Wohnung von Bekannten eingewiesen und 5 Frauen kamen aus dem Obdachlosenheim.

Diese Aufgliederung wurde deshalb vorgenommen, um einen Anhaltspunkt dafür zu erhalten, wieviele der Hospitaliten bei einer eventuellen Entlassung wieder in ihre frühere Umgebung eingegliedert werden könnten.

In diesem Zusammenhang muss hervorgehoben werden, daß 505 Hospitaliten keinen Heimplatz bzw. kein Zuhause mehr hatten. Bei 316 Patienten besteht die frühere Wohnung noch, in der sie z.T. mit Verwandten lebten, sofern diese jetzt nicht aufgegeben wurde. Etwa 38 % der Hospitaliten könnte daher bei einer eventuellen Hospitalentlassung zu Hause aufgenommen werden, vorausgesetzt, daß die Verwandten willens sind, die Entlassenen wieder aufzunehmen. Dies erscheint jedoch in einer großen Anzahl von Fällen zumindest fraglich. Über die Bereitschaft der Angehörigen, die Hospitaliten bei einer etwaigen Entlassung wieder aufzunehmen, waren keine Angaben verfügbar.

Die Hospitalisierung der alten Menschen und Chronisch-Kranken wurde aus sehr unterschiedlichen Gründen vorgenommen.

- 1) Als häufigster Grund wurde mangelnde häusliche Pflege angegeben. Meist waren die Angehörigen berufstätig und wurden der Pflege nicht mehr Herr, oder die Wohnung war zu klein oder lag zu hoch. Auch familiäre Gründe, Unverträglichkeit mit den Kindern, Suicid-drohungen, Unrat-Sammeltrieb und Nichteinhaltung der Diät führten zur Einweisung.
- 2) Ein Teil der Hospitalisierungen musste deshalb vorgenommen werden, weil keine Angehörigen für die Pflege vorhanden oder diese selbst zu alt waren. Zum Teil lag Bettlägerigkeit, schwaches Sehen, Unfähigkeit zur Selbstversorgung und daher starke Verwahrlosung vor.
- 3) Eine dritte größere Gruppe wurde aus Altersheimen, Alterswohn- und Alterspflegeheimen aus verschiedenen Gründen verlegt. Einige der Gründe waren Bedrohung anderer Bewohner, andere untragbare Verhaltensweisen, Hilflosigkeit und Wehleidigkeit, allgemeiner körperlicher Verfall mit Wesensveränderung, zu hohes Alter, Mangel an Pflegepersonal und in einem Falle Auflösung des Heimes.

- 4) Auf der Neuro-Psychiatrischen Abteilung waren die häufigsten Gründe für die Hospitalisierung Verfolgungswahn, Hören von Stimmen und Befehlen, Gemeingefährlichkeit, Verwahrlosung und Sammeltrieb von Unrat.

c. Dauer des Aufenthaltes

Die Aufgliederung nach dem Jahr der Aufnahme ergibt folgendes Bild:

Tabelle 7

Aufnahmejahr	<u>A b t e i l u n g</u>						insges.
	Innere ml.	wbl.	Chirurgie ml.	wbl.	Neuro-Psych. ml.	wbl.	
1944 - 1954	3	10	-	4	3	5	25
1955 - 1959	7	16	-	1	3	20	47
1960	3	18	-	1	-	7	29
1961	4	14	-	2	5	2	27
1962	3	20	1	5	1	8	38
1963	9	33	1	10	5	8	66
1964	12	48	-	12	5	7	84
1965	24	74	-	27	7	12	144
1966	64	154	5	47	5	21	296
1967	24	28	-	5	3	6	66
Insges.	153	414	7	114	37	96	821

Von 821 Hospitaliten sind 72 Patienten (8,8 %) schon 8 Jahre und länger im Hospital. Ein Teil dieser leidet an Multiplesklerose oder Schizophrenie. 590 Patienten oder rd. 72 % sind erst 1964 und später aufgenommen worden; davon sind 364 Patienten erst im letzten Jahr oder im laufenden

Jahr ins Hospital gekommen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 3 Jahre.

V. Die finanzielle Seite

a. Die Kostenträger des Hospitalaufenthaltes

Um ein Bild von der finanziellen Situation der Hospitaliten zu erhalten, wurde zunächst nach der Art der Finanzierung des Hospitalaufenthaltes aufgeteilt.

Als Selbstzahler wurden solche Patienten bezeichnet, deren Rente oder sonstige finanzielle Mittel zur Deckung der Kosten für ihren Hospitalaufenthalt ausreichen. Bei den übrigen zahlt das Sozialamt den Differenzbetrag zwischen eigenem Einkommen und den Kosten des Hospitalaufenthaltes.

Tabelle 8

Kostenträger	Männer	Frauen	insges.
Sozialamt	124	444	568
Selbstzahler	73	180	253

Von den 821 Patienten waren nur 252 Patienten Selbstzahler - das sind 30,8 % -, während 568 Personen oder 69,2 % vom Sozialamt unterstützt werden müssen. Bei den Männern ist der Anteil der Selbstzahler mit 36,6 % höher als bei den Frauen, bei denen nur 28,8 % Selbstzahler sind. Daß bei so vielen Patienten der während des Arbeitslebens erworbene Anspruch auf Rente gering ist, kann auf verschiedene Gründe zurückgeführt werden. Ein großer Teil der Frauen war früher nicht ständig berufstätig. Der Ausbau der Sozialversicherung fand erst in den zwanziger Jahren statt, sodaß viele Personen, bei denen die Berufstätigkeit vor

diesem Zeitpunkt liegt, bedeutend unterversichert waren.

b. Aufteilung der befragten Personen nach Einkommen

Die Aufgliederung nach Einkommensarten zeigt, daß der größte Teil der Patienten mehr oder weniger von dem System der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland abhängig ist. Die folgende Tabelle gibt Auskunft über die Zahl der Einkommensbezüge, wobei bei einzelnen Personen bis zu 4 Einkommensquellen gezählt wurden.

Tabelle 9

Einkommen aus Renten, Versorgungsbezügen, Ruhegeldern und Fällen, in denen nur Sozialunterstützung gezahlt wurde

	Männer	Frauen	insges.
A. 1) Aus der Sozialversicherung			
a) Renten der BfA	37	160	197
b) Renten der LVA	86	300	386
c) Knappschaftsrenten	1	1	2
d) Renten aus der gesetzl. Unfallvers.	7	7	14
2) Kriegsfolgelasten			
a) Versorgungsrenten	11	63	116
b) Entschädigungsrenten	1	11	
c) Lastenausgl. Renten	4	26	
3) Versorgungsbezüge	17	80	97
B. Auf privatrechtl. Grundlage (Firmenrenten, Ruhegelder)	18	56	74
C. Nur Sozialunterstützung	40	106	146

Die Mehrzahl der Alterskranken und Chronisch-Kranken erhält eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung,

davon 197 Personen eine Rente der BfA und 386 Personen eine Rente der LVA. Bezüge aufgrund der Kriegsopferversorgung und des Lastenausgleichs erhielten 116 Personen und 97 Patienten verfügten über Einkommen aus Versorgungsbezügen. Firmenrenten und Ruhegelder waren in der Regel nur sehr gering und dienten nur als Ergänzung zu sonstigen Bezügen. 4 Alterskranke und Chronisch-Kranke bekamen keinerlei Rente oder Sozialunterstützung, da die Angehörigen der geraden Linie (Eltern, Kinder, Enkel) über ein hohes Einkommen verfügen und die Hospitalkosten daher tragen müssen.

In vielen Fällen waren zuverlässige Angaben durch Befragung der Hospitaliten nicht zu erhalten, oder die Angaben mussten aufgrund sonstiger Unterlagen überprüft werden. Erfasst wurden neben der eigenen Rente auch die Witwen- und die Elternrente. Die individuelle Rentenhöhe war sehr unterschiedlich. In 16 Fällen lag sie unter DM 100,-- und in 73 Fällen über DM 600,--.

Tabelle 10

Rentenhöhe in DM	ml.	wbl.	insges.
bis 100	1	15	16
101 - 150	5	60	65
151 - 200	15	57	72
201 - 250	13	52	65
251 - 300	11	53	64
301 - 350	18	50	68
351 - 400	12	49	61
401 - 450	10	45	55
451 - 500	10	24	34
501 - 600	24	46	70
601 und mehr	26	47	73
unbekannt	12	20	32

Auf die untersten Einkommensklassen mit Rentenbezügen bis zu DM 300,-- monatlich entfielen 282 Patienten. Insgesamt 500 Patienten hatten ein monatliches Renteneinkommen bis zu DM 500,--. Das bedeutet, daß das Sozialamt als Kostenträger bei etwa 61 % der 821 Patienten einen wesentlichen Betrag zur Deckung der Pflegesatzkosten zuzahlen muss, weil die Rente des Patienten dafür nicht ausreicht. 146 Personen (rd. 18 %) waren schon vor dem Hospitalaufenthalt Unterstützungsempfänger gewesen, und in diesen Fällen mussten die Hospitalkosten vom Sozialamt in voller Höhe übernommen werden.

Wenn man den Tagessatz von DM 19,-- zugrunde legt, so belaufen sich die monatlichen Kosten für den Hospitalaufenthalt auf DM 570,-- bzw. DM 589,--. Dieser Betrag kann im wesentlichen nur von den 143 Patienten aufgebracht werden, deren Rentenhöhe über DM 500,-- beträgt.

Bei 501 Patienten konnte durch Befragung festgestellt werden, zu welchem Zeitpunkt die "Berentung" eingesetzt hatte. 190 Hospitaliten erhielten Rentenbezüge nach Erreichen der Altersgrenze, 59 Patienten hatten einige Jahre nach Erreichung dieser noch weiter gearbeitet. Bei 5 Personen wurde die Rentenzahlung durch einen Unfall vorzeitig ausgelöst, 94 Patienten wurden nach ihrer Erkrankung ebenfalls vorzeitig berentet, 16 Personen erhielten Rente bei Auftreten von Spätsymptomen durch Trunksucht und 137 Hospitalitinnen waren seit ihrer Eheschließung nicht mehr berufstätig.

Tabelle 11

Hilflosenpflegegeld		Männer	Frauen	insgesamt
Stufe I	100,-- DM	38	173	211
Stufe II	150,-- DM	24	98	122
Stufe III	240,-- DM	15	96	111
insgesamt		77	367	444

Tabelle 11 zeigt, daß von 197 Männern und 624 Frauen nach den Paragraphen (§ 1, § 27, § 28, § 39, § 68) des BSHG 77 Männer und 367 Frauen hilflos sind. Es erhalten daher von 821 Alters- und Chronisch-Kranken 444 (rd. 54,1 %) Hilflösenpflegegeld, und zwar 17,3 % Männer und 82,7 % Frauen.

Nach Neufassung des Gesetzes über die Gewährung von Pflegegeld an Zivilblinde und Hilflöse (vgl. Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin, J.26,Nr. 63,S.1304 ff) wird das Pflegegeld nun in 5 Stufen gewährt, deren Höhe den Stufen I bis V der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes entspricht. In Stufe I beträgt es jedoch mindestens 150,-- DM.

Stufe I	150,-- DM
Stufe II	253,-- DM
Stufe III	358,-- DM
Stufe IV	462,-- DM
Stufe V	598,-- DM

Das Taschengeld für Sozialhilfeempfänger wurde ebenfalls erhöht und beträgt zur Zeit 45,-- DM; wo Pflegegeld bewilligt wurde, wird der doppelte Betrag, nämlich 90,-- DM gezahlt.

VI. Diagnosen

a. Aufgliederung nach der Häufigkeit

Tabelle 12 zeigt die Anzahl der gestellten Diagnosen nach Fällen, aufgegliedert in 12 Hauptgruppen. Bei der statistischen Zusammenstellung der Diagnosen ist zu beachten, daß pro Patient durchschnittlich 3 Diagnosen gestellt wurden und daß in einigen Fällen sogar bis zu 6 Krankheiten behandelt werden mußten, die alle hier aufgeführt wurden.

Die Diagnosenübersicht ist aber insofern mangelhaft, als sie nicht genau den Grad der Behandlungsbedürftigkeit erkennen läßt.

Tabelle 12

Diagnosen (Ein- und Mehrfachangabe)	ml.	wbl.	insges.
1) Herz- Kreislauf	108	435	543
2) <u>Lunge - Pleura</u>			
a) entzündlich (+ Tbc)	9	30	39
b) Emphysem, Bronchiektasen, Asthma, Tumor	21	48	69
3) <u>Magen - Darm</u>			
a) entzündlich	4	15	19
b) Tumor	8	15	23
c) funktionell	-	2	2
d) TPE - Dauerausscheider	2	7	9
4) <u>Leber - Gallenblase - Pankreas</u>			
a) entzündlich	27	15	42
b) Hepatose, Cirrhose	5	6	11
c) Tumor	2	1	3
d) funktionell	1	9	10
5) <u>Nieren - und ableitende Harnwege</u>			
a) entzündlich (+ Steine)	15	36	51
b) degenerativ	12	14	26
c) Tumor	4	3	7
6) <u>Blutkrankheiten</u>	4	14	18
7) <u>Bewegungsapparat</u>			
a) entzündlich (+ Tumor)	7	71	78
b) degenerativ	7	57	64
c) Frakturen	8	95	103
d) Amputation	15	19	34
8) <u>Stoffwechsel und endokrine Erkrankungen</u>			
a) Diabetes mellitus	11	119	130
b) Hypo-, Hyperthyreose	-	2	2
9) <u>Psychiatrische Erkrankungen</u>	137	348	485
Oligophrenien, Schizophrenien, Exogene Psychosen, manisch-de- pressive Psychosen, abnorm psychogene Reaktionen und Ent- wicklungen			
10) <u>Neurologische Erkrankungen</u>	87	215	298
11) <u>Malignome</u>	9	36	45
12) <u>Sonstiges</u>	42	82	124
Hernien, Adipositas, Haut- erkrankungen, Suicide			

Herz- und Gefäßerkrankungen, neurologische und psychiatrische Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Atemwege, der Nieren- und Harnwege und Stoffwechselerkrankungen treten bei Alterskranken und Chronisch-Kranken am häufigsten auf.

Unter den Herz- und Kreislaufkranken befanden sich 207 mit Herzinsuffizienz und 212 mit Arteriosklerose. Von den 23 Patienten mit Tumoren im Magen-Darm-Bereich waren 12 Anus-
praeter-Träger, die anderen hatten entweder inoperable Magen- oder Darm-Neoplasmen oder Carcinom-Rezidive. Die 42 entzündlichen Leber-Gallenblase-Pankreas-Erkrankungen teilten sich vorwiegend in Cholecystitis- und Cholecystopathie-Fälle auf. Unter die 84 Nieren- und ableitenden Harnwegserkrankungen fielen meist Pyelonephritis, Harnblasenfisteln, Urocystitis und sehr viele Prostatahypertrophien mit teils maligner Entartung. Letztere trugen fast alle (17) Dauerkatheter.

Bei den 34 Amputationen handelt es sich vorwiegend um Beinamputationen. Von den 103 Frakturen waren Oberschenkelhalsfrakturen am häufigsten. Weiterhin traten unter den Erkrankungen des Bewegungsapparates vorwiegend Osteoporose, Arthrosis deformans, Wirbelsäulenerkrankungen und Osteomyelitis-Fälle auf.

Von 821 Patienten litten allein 130 Personen an Diabetes mellitus; das sind rd. 15,8 %. Der größere Teil dieser war Altersdiabetiker. Von den 130 Diabetikern stellten die Frauen mit 119 die größere Gruppe.

Die Psychiatrischen Erkrankungen waren mit 485 Fällen ebenfalls sehr zahlreich, wie die Diagnosentabelle zeigt. Allein 299 Alterspsychosen waren durch Arteriosklerosis cerebri und Dementia senilis bedingt. 96 Fälle von Intoxikationspsychosen wurden angetroffen, wozu Potatoren mit zum Teil schwerem Korsakow-Syndrom gehörten (60 wbl., 36 ml.). Zu den abnorm-psychogenen Reaktionen und Entwicklungen zählten 3 Neurosen und 18 paranoid-halluzinatorische Reaktionen.

6 Patienten litten an endogener Depression und 7 an Involutional-Depressionen. Imbezillität und Deбилität wurden 10mal und Schizophrenie 19mal diagnostiziert.

Die organischen Hirn- und Rückenmarkserkrankungen waren mit 298 nicht ganz so stark vertreten. Die Mehrzahl dieser Fälle setzte sich aus Apoplexien mit Hemiparese oder motorischer Aphasie, seltener aus beiden, zusammen (236). Dazu kamen noch 28 Fälle von Multiplesklerose und 12 Fälle von Epilepsie. Vereinzelt wurden noch Chorea Huntington, Poliomyelitis, Tabes dorsalis, Amyotrophe Lateralsklerose, Friedreich'sche Ataxie und Syringomyelitis diagnostiziert.

Es bestand auch ein zahlenmäßiger Unterschied zwischen den Diagnosen bei Männern und Frauen. Herz-Kreislauf- und Magen-Darm-Beschwerden wurden etwas mehr bei den weiblichen Patienten festgestellt. Die Zahl der Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Stoffwechsels und der endokrinen Drüsen war gegenüber den männlichen Patienten sehr hoch. Dagegen wurden bei Männern mehr Leber-Gallenblase-Pankreas-Erkrankungen diagnostiziert.

Altersentsprechendes Sehen wurde bei 117 Männern, 331 Frauen nachgewiesen, während 49 Männer, 211 Frauen größere Schwierigkeiten hatten. Hochgradige Sehschwäche bzw. Amaurose wurde bei 31 Männern, 82 Frauen festgestellt. Wegen der hohen Anzahl Sehgestörter hatte ein Hospital eine Station vorwiegend für blinde Hospitaliten eingerichtet.

Keine Hörschwierigkeiten hatten 117 Männer, 386 Frauen, während größere Schwierigkeiten bei 58 Männern, 141 Frauen auftraten. Dagegen waren 22 Männer, 77 Frauen fast total taub, von denen 1 Mann und 1 Frau angeboren taubstumm waren.

Von 821 Patienten wiesen 132 Tremor auf, 105 hatten stärkere Schwindel-Erscheinungen, 61 wurden bei Belastung und 27 in Ruhe dyspnoisch.

Inkontinent waren 19 Männer, 106 Frauen und zeitweilig inkontinent 8 Männer, 18 Frauen. Bei diesen insgesamt 151

Alterskranken und Chronisch-Kranken handelt es sich nicht nur um Bettlägerige, sondern auch um Gehfähige.

b. Klinische Maßnahmen

Wenn auch der Stoffwechsel der nicht alternden Gewebe gleichbleibt, so ist doch der Gesamtstoffwechsel im Alter erheblich herabgesetzt. Um die alten Menschen gesund und leistungsfähig zu erhalten, sind eine richtige Kost und andere Hilfsmaßnahmen, wie z.B. Zahnprothesen oder Fermentpräparate notwendig. Die angemessene Kost ist von vielen Faktoren abhängig. Sie sollte insbesondere der allgemeinen Konstitution, den bisherigen Gewohnheiten und der derzeitigen geistigen und körperlichen Leistung Rechnung tragen. Grundsätzlich läßt sich sagen, daß die Kost im Alter weniger Fett und mehr Eiweiß, Vitamine und Mineralien enthalten sollte.

Abgesehen von einer geeigneten Nahrungszusammensetzung, die auch als Prophylaxe bei einigen Alterskrankheiten günstig ist, erhält ein großer Prozentsatz der Patienten Diätessen.

Tabelle 13

Diätformen	<u>A b t e i l u n g e n</u>			insges.
	Innere	Chirurgie	Neuro- Psychiatrie	
Zucker	129	8	10	147
Leber - Galle	50	-	10	60
Magen	4	1	5	10
eiweißreiche Kost	34	-	3	37
sonstige Diät	4	-	1	5
Insges.	221	9	29	259

Insgesamt 147 Patienten erhielten Zuckerdiät, wobei 9 der Zuckerkranken gleichzeitig Gallendiät erhielten. 8 Patienten erhielten prophylaktisch Zuckerdiät, weil sie an der Grenze des Altersdiabetes standen. Das sind ca. 18 % der Untersuchungspersonen. Weitere 112 Patienten mußten verschiedene andere Diätformen einhalten, wobei Galle- und Leberdiät sowie eiweißreiche Kost am häufigsten waren. Für 5 Frauen mußten Sondensuppen zubereitet werden, und 20 Frauen und 4 Männer erhielten Nahrung in Breiform.

Die Tatsache, daß etwa ein Drittel der Patienten (314 Personen) besondere Verpflegung benötigten, zeigt deutlich, von welcher Bedeutung dieses Problem speziell für die Alten und Chronisch-Kranken ist.

Die Verabreichung von Medikamenten war von Fall zu Fall sehr unterschiedlich. Auf der Neuro-Psychiatrischen Abteilung wurden in machen Fällen bis zu 8 Präparate täglich angewandt. Von 133 Patienten wurden 36 sediert. Dies war zum Teil notwendig, um die Patienten ungestört versorgen zu können, zum Teil aber auch wegen Aggressivität und Wahnvorstellungen. 80 Hospitaliten waren bereits vorher in Nervenheilanstalten behandelt worden. Auf der Inneren- und der Chirurgischen Abteilung wurden zusammen 22 Patienten sediert. Auf der Inneren Abteilung erhielten die Patienten meist 2 - 4 Präparate täglich. Auf der Chirurgischen Abteilung bekamen 60 von 120 Patienten keinerlei Medikamente, während bei den übrigen Patienten meist 1 - 2 Präparate verabreicht wurden.

Bei 12 Patienten wurden Blasenspülungen durchgeführt. Bei 40 Patienten wurde Massage verordnet, und 77 Patienten machten regelmäßig unter Anleitung und Hilfe Gehübungen.

Als sehr wichtige Maßnahme zur Erhaltung der geistigen und körperlichen Regsamkeit und zur Förderung des Lebensinteresses ist die Beschäftigungstherapie anzusehen. An beschäftigungstherapeutischen Stunden nahmen zur Zeit der Untersuchung von 821 Patienten 38 Männer und 119 Frauen

teil. Singen, Unterhaltung, Handarbeiten und künstlerische Betätigung waren die wichtigsten Beschäftigungen. Zum Teil wurden diese Tätigkeiten auch von Bettlägerigen und von Apoplektikern mit Hemiparese ausgeführt. Häufig lässt das Interesse nach einiger Zeit allerdings nach, und die Patienten nehmen nicht mehr an den beschäftigungstherapeutischen Stunden teil. Bei den Patienten, die nicht mehr teilnahmen oder die Teilnahme ablehnten, lagen meistens folgende Gründe vor:

- 1) keine Lust mehr
- 2) sterbe sowieso bald
- 3) will nicht "arbeiten"
- 4) bin doch kein Kind mehr
- 5) habe keine Ideen
- 6) Einige Patienten waren zu oft verwirrt,
oder sie erfassten den Sinn der Arbeit
nicht.

VII. Allgemeiner Gesundheitszustand

a. Bewegungsmöglichkeit

Die Untersuchung der Bewegungsmöglichkeit ergab, daß 305 Patienten (37 %) altersentsprechend und ohne jegliche Hilfsmittel gehen konnten. 162 Patienten (20 %) benutzten Hilfsmittel, davon 35 Patienten einen Stock, 18 Patienten zwei Stöcke und Gehstützen, 35 Patienten Laufbänkchen und Laufwagen und 74 Patienten einen Rollstuhl. 354 Patienten (43 %) waren bettlägerig. Davon befand sich nur ein geringer Teil auf der Neurologisch-Psychiatrischen Abteilung. 97 bettlägerige Patienten wurden am Tage regelmäßig stundenweise vom Pflegepersonal in einem Stuhl aufgesetzt.

Einige Patienten, die körperlich und geistig noch rüstig waren, erhielten Urlaub, um Einkäufe zu machen oder Angehörige zu besuchen. Diese Fälle waren jedoch nur selten.

Die Untersuchung ergab, daß der Anteil der völlig ans Bett gefesselten Patienten doch sehr hoch ist.

b. Psyche, Stimmung, Affekt und geistige Regsamkeit

Trotz der erheblichen Schwierigkeiten, in kurzer Zeit durch eigene Beobachtung und Aussagen der Ärzte, der Fürsorgerin und des Pflegepersonals ein zutreffendes Bild zu erhalten, wurde versucht, Psyche, Stimmung und Affekt der Untersuchungspersonen zu klassifizieren.

Von den 821 Patienten waren:

völlig stumpf und teilnahmslos	48 Männer,	139 Frauen
freundlich und ausgeglichen	85 " ,	274 "
still und verlangsamt	16 " ,	27 "
labil, weinerlich, depressiv	21 " ,	79 "
klagsam und launisch	13 " ,	42 "
aggressiv, zänkisch, böseartig	14 " ,	63 " .

Als hilfsbereit konnten 69 Patienten angesehen werden, die sich um Mitpatienten kümmerten und dem Pflegepersonal bei kleineren Arbeiten zur Hand gingen.

Zeitlich, örtlich und sachlich gut orientiert waren 405 Hospitaliten, mäßig orientiert 236 Hospitaliten und desorientiert und zum Teil verwirrt 180 Hospitaliten. Zugleich mit dem Zerfall der Orientierung wird das Handeln und Denken in Mitleidenschaft gezogen. Der Patient ist über sich selbst nicht mehr im Bilde, verliert den Überblick über den zeitlichen Ablauf, den Zeitraum und andere Maßstäbe. Häufig lag eine ratlos-ängstliche Erregung und starke sprachliche und motorische Unruhe vor.

Eng von der körperlichen und geistigen Regsamkeit und dem allgemeinen Orientierungszustand hängt die Interessiertheit an der Umwelt ab. Nur 424 Patienten - das sind rund 52 % -

zeigten überhaupt noch irgendwelche Interessen. An Basteln, Handarbeiten oder Tischspielen zeigten sich 44 Patienten interessiert. Für Radiohören - seltener auch Fernsehen - war bei 163 Patienten Interesse vorhanden und 217 Patienten lasen Zeitung und vereinzelt auch Bücher. Hierbei wurden nur diejenigen Personen aufgeführt, die den Sinn des Gelesenen erfassen konnten.

c. Pflegschaftsfälle

Eine Anzahl von Patienten stand unter Pflegschaft. Man unterscheidet zwischen angeordneter Pflegschaft, die von einem Rechtsanwalt oder Berufspfleger ausgeübt wird, und freiwilliger Pflegschaft, die von einem Angehörigen des Patienten übernommen wird. Die gesetzliche Grundlage für die Gebrechlichkeitspflegschaft ist § 1910 BGB. Der Umfang der Pflegschaft ist hier jedoch nicht geregelt. Die Pflegschaft muss beim Vormundschaftsgericht angemeldet werden und dieses genehmigt den Wirkungskreis des Pflegers. Im allgemeinen erstreckt sich der Umfang der Pflegschaft u.a. auf die Bestimmung des Aufenthaltsortes zum Zweck der Heilbehandlung und der Wahrnehmung der Wohnungs- und Vermögensangelegenheiten.

Von 821 Patienten standen zur Zeit dieser Untersuchung 175 Patienten unter Pflegschaft, die sich wie folgt aufgliedern:

Tabelle 14

Art der Pflegschaft	A b t e i l u n g			Insges.
	Innere	Chirurg.	Neuro-Psych.	
angeordnete Pflegschaft	75	16	61	152
freiwillige Pflegschaft	12	-	11	23
Insgesamt	87	16	72	175

VIII. Die Entlassung aus dem Hospital

a. Die nächsten Angehörigen der Befragten

Tabelle 15

Nächster Angehöriger des Patienten bei Einfachangabe	M ä n n e r			
	Berlin- West	BRD	DDR	Ausl.
Eltern	7	-	1	-
Ehepartner	48	-	-	-
Kinder	39	5	-	1
Geschwister	19	3	2	-
Nichte, Neffe	10	2	-	-
Tante, Onkel	1	-	-	-
Enkelkinder	3	1	-	-
Kusine, Vetter	-	-	-	-
Schwägerin	1	-	-	-
Keinerlei Angehörige und keine Angabe	54			

Nächster Angehöriger des Patienten bei Einfachangabe	F r a u e n			
	Berlin- West	BRD	DDR	Ausl.
Eltern	6	-	1	-
Ehepartner	39	-	-	-
Kinder	221	13	2	6
Geschwister	78	17	7	1
Nichte, Neffe	47	12	5	-
Tante, Onkel	2	-	-	-
Enkelkinder	8	2	-	-
Kusine, Vetter	7	-	-	-
Schwägerin	3	-	-	-
Keinerlei Angehörige und keine Angabe	147			

Von den Frauen hatten:

- 1 mehrere Schwestern in Westdeutschland
- 1 mehrere Schwestern in der DDR
- 2 mehrere Schwestern in Berlin-West
- 7 mehrere Kinder in Berlin-West
- 1 mehrere Nichten/Neffen in Berlin-West
- 2 ihren Ehemann auch im Hospital
- 2 ein Kind in Berlin-West und ein Kind im Ausland
- 1 ein Kind in der BRD und ein Kind im Ausland
- 3 mehrere Geschwister in Berlin-West und ein Kind im Ausland
- 5 ihren Ehemann und ein Kind in Berlin-West.

Von den Männern hatten:

- 1 mehrere Kinder in Berlin-West
- 1 eine Schwester in Berlin-West und 1 Kind im Ausland
- 1 eine Schwester in Berlin-West und 1 Schwester in der BRD
- 1 seine Ehefrau in Berlin-West und 1 Kind im Ausland
- 3 ihre Ehefrau in Berlin-West in der Nervenheilanstalt
- 2 ihre Ehefrau in Berlin-West im Hospital
- 1 seine Mutter in Berlin-West im Hospital
- 1 seine Schwester in Berlin-West im Hospital
- 2 ihre Ehefrau in Berlin-West und 1 Kind in Berlin-West

Nach der Zahl der Angehörigen der Patienten müßte man schließen, daß die Hospitaliten sehr häufig bzw. regelmäßig Besuch bekommen. Das ist aber nicht immer so. Die Verwandten aus der BRD oder aus dem Ausland kommen meist selten oder überhaupt nicht. Aber auch in Berlin-West lebende Angehörige machen teilweise keinen Besuch. Diejenigen Patienten, die keine Angehörigen haben, erhalten zum Teil von Bekannten Besuch, wenn auch meist seltener.

Tabelle 16

Besuch von Angehörigen und Bekannten	Hospitaliten	
	ml.	wbl.
fast jeden Tag	3	20
regelmäßig zur Besuchszeit	113	244
1 x in der Woche	12	128
2 x in der Woche	1	15
3 x in der Woche	7	8
1 x im Monat	6	61
2 x im Monat	10	38
1 x alle drei Monate	1	2
nur an Feiertagen	1	1
2 x im Jahr	1	2
selten	12	27
keinen	30	78

Von den 108 Hospitaliten, die nie Besuch von Angehörigen erhalten, haben 34 Angehörige in Berlin-West

17 Angehörige in der BRD

21 Angehörige in der DDR

3 Angehörige im Ausland

Einige Angehörige kümmern sich nicht um die Patienten, holen jedoch deren Taschengeld ab. Dabei trat sogar ein Fall auf, in dem die Frau aus der BRD nach Berlin-West kam und einige Tage länger hierblieb, weil das Taschengeld noch nicht ausbezahlt werden konnte.

b. Entlassungsmöglichkeiten aus dem Hospital

Von den 821 Patienten der 3 besuchten Hospitäler (197 Männer, 624 Frauen) könnten 270 Patienten jetzt oder in einiger Zeit nach ärztlichem Ermessen entlassen werden. Nach nachstehender Tabelle sind das 58 Männer und 212 Frauen (vgl. auch Abb. 3).

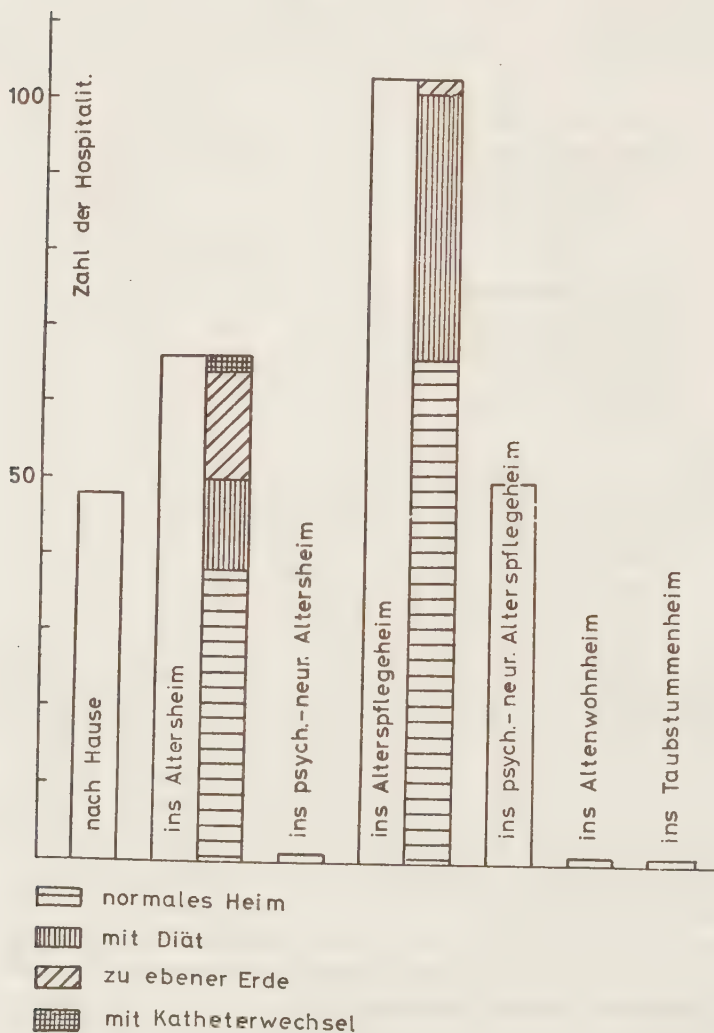
Tabelle 17

Entlassung des Hospitaliten	<u>aus Abteilung</u>			
	Innere	Chirurg.	Neuro- Psych.	Insges.
1) nach Hause, wenn Pflege vorhanden	20	27	1	48
2) ins Alterswohnheim	4	-	-	4
3) ins Altersheim				
a) ohne Sonderein- richtung	32	4	3	39
b) geeignet f. Gehbe- hinderte	5	4	5	14
c) mit Diätverpfle- gung	9	3	-	12
4) ins Alterspflegeheim				
a) übliche Art	50	12	4	66
b) geeignet für Geh- behinderte	2	-	-	2
c) mit Diätverpfle- gung	33	-	2	35
d) speziell Neuro- Psych.	1	-	49	50
Insgesamt	156	50	64	270

Von den 48 Patienten, die bei geeigneter Pflege nach Hause entlassen werden könnten, wenn es nach ärztlichem Ermessen für gut befunden wird, werden 8 nicht mehr aufgenommen, weil die Angehörigen das zänkische und aggressive Wesen der Alten nicht ertragen. 18 Verwandte aus Berlin-West, darunter einmal sogar der eigene Ehepartner, und 5 Verwandte aus dem übrigen Bundesgebiet zeigten sich ohne ersichtlichen Grund unwillig, die Hospitaliten aufzunehmen.

Abb. 3

Entlassung der Alterskranken und Chron.-Kranken jetzt oder in nächster Zeit nach Hause oder ins Heim



Von 21 Frauen, die in ein Altersheim könnten, lehnen 3 die Übersiedlung ab, 5 werden wegen ihrer zu geringen Rente von der Altersheimleitung abgelehnt und 11 werden wegen des hohen Alters nicht aufgenommen, obwohl sie noch rüstig sind. Zu den 21 kommen 2 Frauen hinzu, bei denen die Entlassung wegen Alkoholgenusses scheitert.

Unter den 12 Hospitaliten, die ins Altersheim mit Diätversorgung kommen könnten, fallen 8 Zuckerkrank, 2 gallenblasenkrank, 1 Blinde und 1 magenkrank Frau. Die 35 Anwärter für ein Alterspflegeheim mit Diät-ernährung sind 26 Zuckerkrank, 2 Gallenblasenkrank, 3 Nierenkrank, 1 Zucker-/Gallenblasenkrank und 3 Leberkrank.

Zuckerkrank ist ebenfalls eine Altenwohnheimanwärterin.

Weiter gibt die Tabelle für Altersheime 14 und für Alterspflegeheime 2 Hospitaliten an, die ein Zimmer zu ebener Erde benötigen, da sie gehbehindert oder Rollstuhlfahrer sind.

Von den 50 Hospitaliten für ein neurologisch-psychiatrisches Alterspflegeheim sind 15 Frauen und von den 38 Hospitaliten für ein normales Alterspflegeheim sind 4 Frauen bettlägerig.

c) Die verbleibenden Fälle

Von 197 Männern können eventuell 58 und von 624 Frauen können eventuell 212 entlassen werden. Das sind von 821 Hospitaliten 270. Es verbleiben somit 551 Patienten im Hospital. Das Verhältnis der geplanten Entlassungen zu bleibenden Fällen ist demnach rd. 32,9 % zu rd. 67,1 %.

Verbleiben würden im Hospital von

133 neur.-psychiatr. Fällen	69 Patienten = rd. 51,8 %
121 chirurgischen Fällen	71 Patienten = rd. 58,6 %
567 internistischen Fällen	411 Patienten = rd. 72,3 %.

Diese Zahlen zeigen, daß auf der neurol.-psychiatrischen

Abteilung fast die Hälfte aller Betten durch anderweitige Unterbringung der Hospitaliten frei werden könnte, während es auf der internistischen Abteilung zwischen 1/3 und 1/4 der Betten sind.

C. Diskussion

I. Die bisherigen Versuche zur Behandlung des Problems

In vielen Ländern liegt die Zuwachsrate der über 60-jährigen heute wesentlich höher als die Zuwachsrate der Gesamtbevölkerung. Die steigende Lebenserwartung bringt es mit sich, daß auch in Zukunft der Anteil der alten Menschen an der Gesamtbevölkerung ständig wächst. Im Folgenden soll versucht werden, einige Ansätze zur Lösung zu skizzieren und die Vorschläge, die in der Fachliteratur gemacht werden, kritisch daraufhin zu überprüfen, ob sie in der BRD unter den gegenwärtigen Verhältnissen praktikabel erscheinen.

a. Ansätze zur Lösung des Problems im Ausland

Insbesondere in England und in den skandinavischen Ländern sind auf dem Gebiet der Altersversorgung große Anstrengungen unternommen worden. Allerdings können aus der sehr umfangreichen Literatur im Rahmen dieser Arbeit nur einige Beispiele herausgegriffen werden.

Großbritannien verfügt über einen gut ausgebauten Gesundheitsdienst. Schon seit den 40er Jahren werden im Rahmen des staatlichen Gesundheitsdienstes geriatrische Abteilungen in den Krankenhäusern aufgebaut. Ein Sonderkomitee der British Medical Association befaßte sich 1947 mit dem Problem der Pflege und Behandlung der Alten und Siechen.

"Geriatricans" stellen den Grad der Versorgung der Alten vor der Hospitaleinweisung fest. 1960 gab es in England und Wales bereits etwa 60 000 geriatrische Krankenbetten - das sind 1,3 Betten pro 1000 Einwohner (19). Die Zahl der über 65jährigen stieg von 6,5 Mill. 1951 auf ca. 7,5 Mill. im Jahre 1961. Bei repräsentativen Untersuchungen in einer englischen Mittelstadt wurde festgestellt, daß 2,5 % der über 65jährigen ständig bettlägerig waren (20). Wenn man diese Quote auf den Zuwachs an über 65jährigen während der 10 Jahre anwendet, dann erhöhte sich die Anzahl der Bettlägerigen um 25 000 alte Menschen. Selbst wenn der größte Teil in der Familie bleiben kann, wird der wachsende Bedarf an Betten nicht durch Neubauten und Erweiterung gedeckt werden können.

Man bemüht sich daher sehr, die vorhandenen Betten durch Umorganisation besser zu nutzen. An Allgemein-Krankenhäuser werden geriatrische Abteilungen für verschiedene Alterskrankheiten angegliedert. Sonderabteilungen für Akutkranke und Rehabilitationspatienten und abgeschlossene Stationen für psychiatrische Altersstörungen werden eingerichtet. Über diese Spezialisierung hinaus ist man bemüht, den Anteil der nichtstationären Behandlung zu steigern, um die vorhandenen Einrichtungen besser auszulasten und gleichzeitig Betten einzusparen.

Dies geschieht vor allem durch die Einrichtung von Tageshospitälern. Der Begriff des Tageshospitals wurde von Cosin Anfang der 50er Jahre geprägt. Das Tageshospital hat die Aufgabe, ein weitgehend unabhängiges Leben der

(19) Vgl.: K.H.Hunger, H.Funke: "Altenhilfe in England, Skandinavien und Holland" in: Zschr.f.Sozialhilfe, J.3, München 1964, S.197

(20) Vgl.: Langmann: "Altersfürsorge Englands" in: Gesundheitsfürsorge, J.14, Stuttgart 64, S.143 ff.

alten Menschen in der Gemeinschaft zu bewahren, "indem es die Verantwortung für die Pflege der betagten Kranken oder Gebrechlichen mit der Familie teilt." (21). Die Hospitallaufnahme bedeutet vielfach für die Familie eine große Erleichterung, während die Alten sich abgeschoben fühlen und nachdem sie sich an die Atmosphäre im Hospital gewöhnt haben, gar kein Interesse an einer Wiedereingliederung in ihre frühere Umgebung haben. Dieses Problem der Wiedereingliederung entfällt bei einer Behandlung im Tageshospital, Interesselosigkeit und Apathie werden verzögert und eine individuelle Behandlung der Alten kann gewährleistet werden.

Das Tageshospital ist im allgemeinen dem Krankenhaus angegliedert. Wolffheim berichtet von einer solchen Einrichtung in einem Oxfordster Krankenhaus, wo alleinstehende alte Leute, besonders Einsame, Körperbehinderte, Außenpatienten des Krankenhauses und psychisch Belastete behandelt werden. Außerdem kommen auch Patienten, die auf die Aufnahme in ein Altersheim warten und in der Familie lebende alte Leute, die einmal eine andere Umgebung brauchen oder bei denen die Familie einmal entlastet werden soll. Die Patienten kommen 2 - 3mal wöchentlich von 10⁰⁰ - 16⁰⁰ Uhr ins Tageshospital (22).

Die Auswirkungen eines Tagesspitals auf die Verringerung der Krankenhausaufnahme wurden 1962 von Woodford Williams untersucht. Alleinstehende alte Leute wurden in eine Gruppe aufgeteilt, die ein Tagesspital besuchte und in eine andere, die als Kontrollgruppe diente. Während in den ersten 6 Monaten mehr Patienten aus der ersten Gruppe in das Krankenhaus kamen, kehrte sich das Verhältnis nach den 6 ersten Monaten um und betrug für das nächste Halb-

(21) Vgl.: W.Fine: "Integration of a Day Hospital into a Geriatric Service" in: Geront.Clin.6,1964,S.130

(22) Vgl.: N.Wolffheim: "Tageshospitäler und Übergangshäuser für alte Menschen in England", Soz.Arb.10, 1961,H.7,S.335-337

jahr ca. 5:10. Zunächst wurden in der Gruppe, die das Tageshospital besuchte, mehr Behandlungsbedürftige erkannt, die dann frühzeitig behandelt werden konnten. Später jedoch zeigte sich, daß durch vorbeugende Maßnahmen vielfach eine Krankenhauseinweisung vermieden wurde (23).

Die Auswirkungen der Einrichtung eines Tagesspitals wurden im Lennard Hospital, Bromley, untersucht. Das Hospital hatte eine Kapazität von 72 Patienten täglich, wobei die Hälfte Außenpatienten waren. Von 180 Patienten wurden 96 Patienten vom praktischen Arzt eingewiesen, 21 von einem anderen Krankenhaus und 63 aus dem Alterskrankenhaus. Der größte Teil der Patienten, die aus dem Alterskrankenhaus kamen (82 %), konnte nach einer Behandlung von 2 Monaten als Tagespatienten versorgt werden und später wurden 3/4 dieser Patienten nach Hause entlassen, während 1/4 ins Altersheim kam. Insgesamt jedoch waren nach 11 Monaten noch 45 % der Patienten in Behandlung, nur 9 % waren entlassen worden, 16 % der Patienten waren weggeblieben, 26% in ein Krankenhaus eingewiesen worden und 4 % waren krank zuhause (24).

Um den Wirkungsgrad des Tageshospitals zu erhöhen, wurden eine bessere Organisation bei der Erfassung und dem Transport der Kranken, die Einrichtung zweckmäßiger Neubauten und die Ausgliederung psychiatrischer Fälle gefordert.

Die Frage des Aufnahmeverfahrens wird in einem Bericht über das Stobhill General Hospital in Glasgow geprüft. Ein Zulassungsausschuß von Ärzten suchte im Zeitraum von Dezember 1953 bis März 1961 1 000 Anwärter der Warteliste auf, von denen 37 % über 80 Jahre alt waren.

Von diesen 1 000 Anwärtern wurden 798 Patienten zugelassen, 16 wurden in ähnliche Anstalten und 7 in ein anderes Hospital verwiesen. Zusammen waren das rd. 82 %.

(23) Vgl.: J.C.Bockelhurst: "The Work of a Geriatric Day Hospital" in: Geront.Clin.6,1964,S.151

(24) Vgl.: J.C.Bockelhurst: "The Work ..." a.a.O.,S.157

46 Anwärter wurden nicht aufgenommen, bei 89 Personen war die Aufnahme nicht nötig und bei 44 Personen handelte es sich um psychiatrische Fälle. Insgesamt gehörten also 179 Anwärter nicht ins Hospital, das sind 18 % der Untersuchungspersonen (25).

In England trat Ende 1970 ein neues Gesetz "The Chronically Sick and Disabled Persons Act" für chronische Kranke und Behinderte in Kraft und verpflichtet die Gemeinden besondere Notlagen zu ermitteln und praktische Hilfe anzubieten (26).

Wie ein Vergleich der Behandlung des Altenproblems in verschiedenen Ländern zeigt, sind sowohl institutionelle Gegebenheiten als auch gesellschaftliche Faktoren für die angestrebten Lösungen mitbestimmend. So sind z.B. in Schweden Altersheime mit angeschlossenen größeren Pflegeabteilungen nicht üblich, da hier eine Trennung in Zuständigkeit der Sozialverwaltung und Medizinalverwaltung besteht. Pflegeheime werden den Allgemeinkrankenhäusern und Alterskrankenhäusern angegliedert. Es wurden hierbei Erfahrungen über eine sogenannte progressive Krankenpflege auf Intensivstationen gesammelt. Die Patienten werden dabei nach der Intensität ihres Pflegebedarfs eingeteilt. Ergänzt wird dieses System durch Einrichtungen zur Rekonvaleszentenpflege, Dauerpflege und Heimpflege.

In Dänemark werden 90 % der bestehenden Pflegeheime privat betrieben. Durch steuerliche Maßnahmen und durch staatliche Zuschüsse versucht man die Pflege durch Familienangehörige zu Hause zu fördern. Andererseits besteht seit 1919 mitten in Kopenhagen eine Stadt der Alten, "Gamblesly" genannt, wo 1800 alte Menschen leben. Rüstige, Gebrechliche und Kranke wohnen hier verteilt auf verschiedene Häu-

(25) Vgl.: N.H.Nisbeth: "A review of 1 000 elderly patients awaiting admission to hospital", in: Lancet II/1962/No.7259,S.770 ff.

(26) Vgl.: Soz.Arb.,J.20,Berlin 1971,H 5,S.222

ser und Abteilungen zusammen. Trotz vorbildlicher Einrichtungen wird diese Kollektivabsonderung alter Menschen, welche die fortschreitende Kasernierung der Alten verdeutlicht, von vielen als ein "Ghetto" angesehen.

In Norwegen wird ein großer Teil des Bedarfs an Pflegeheimen durch Neubauten gedeckt oder den Krankenhäusern werden Heime für Senile angegliedert. In Finnland sind die Gemeinden Träger der Pflegeheime, sog. Kommunalheime für Alte, Sieche u.a.

In der USA hat sich die Zahl der Personen, die 65 und mehr Jahre alt sind, seit 1900 mehr als verfünffacht. Die alten Menschen haben meist ein geringes Einkommen und rund die Hälfte von ihnen ist gegen Krankheit versichert. Im Rahmen des Medicare-Programms wurden verschiedene Vorschläge zur Lösung des sehr dringenden Altenproblems gemacht. Im Rahmen der schon bestehenden Sozialversicherung soll eine obligatorische Krankenversicherung eingeführt werden. Man versucht, den Patienten zu veranlassen, das Pflegeheim dem Krankenhaus vorzuziehen, indem die Verweildauer im Pflegeheim mit 180 Tagen doppelt so lang bemessen wird wie die im Krankenhaus.

In vielen Ländern, in denen die Familienbande noch eine sehr große Rolle spielen, werden die alten Menschen fast ausschließlich innerhalb der Familie versorgt, wie z.B. in Italien, wo die alten Menschen in der Regel mit in der jungen Familie leben oder in Japan, wo der älteste Sohn meistens die Verpflichtung für die Versorgung der Eltern übernimmt.

b. Versuche und Maßnahmen zur Lösung des Problems in Deutschland

Auch in der Bundesrepublik beschäftigt man sich in steigendem Maße mit dem Altenproblem. Die Wandlungen im Krankenhausgeschehen, die Altersschichtung der

Bevölkerung und die soziologischen Gegebenheiten erfordern eine ständig sich anpassende elastische Planung. Die Verweildauer junger Menschen im Krankenhaus sinkt stark, da die Einwirkungsmöglichkeiten gestiegen sind (Antibiotika, Hygiene etc.), aber die Verweildauer der Patienten höher Altersgruppen steigt durch langdauernde Verschleimkrankheiten, Zivilisationsschäden des Kreislaufs, Skeletts, Respirationstraktes und bösartige Neubildungen. "Man ist sich darüber klar geworden, daß der Chronisch-Kranke ein Patient des Akutkrankenhauses sein soll in gesonderten Bereichen." (27). Die Einrichtungen sollen ebenerdig und wohnlich gestaltet werden und eine eigene Beschäftigungs- und physikalische Therapie soll möglich sein. Es wird vorgeschlagen, daß sie jeweils einer chirurgischen bzw. internistischen Abteilung zugeordnet sind und der betreffende Abteilungsarzt sein Augenmerk auch dieser Abteilung zuwendet. Nachtrab erwähnt insbesondere die Not an psychiatrisch überwachten Betten. Gerade die Zahl der Schwachsinnigen und Alterspsychosen, die nicht beeinflussbar sind, nimmt zu und die Lebenserwartung gerade dieser Personen steigt in den Anstalten an.

Steffen berichtet von stationären Einrichtungen für Langzeitkranke und Alte in Nordrhein-Westfalen. Die betreffenden Patienten werden 12 Wochen stationär behandelt, während Akutkranke nur 4 Wochen bleiben sollen. Besondere Alters- oder Langzeitkrankenhäuser lehnt er ab, aus

- 1) rein wirtschaftlichen Überlegungen, da wenige Betten sinnlos teuer sind,
- 2) psychologischen Überlegungen; durch die hohe Sterbeziffer kommt die Anstalt leicht in den Ruf eines "Sterbehauses",
- 3) personellen Überlegungen; ein Austausch der Pflegekräfte ist nicht möglich.

Für Nordrhein-Westfalen werden besondere Abteilungen an größeren Akutkrankenhäusern gefordert, oder aber in der

(27) Vgl.: H.Nachtrab: "Überlegungen zur Krankenhaus-Planung in Hamburg" in: Das Krhs. J 56/Stuttgart 64/S.222-234

Nachbarschaft von Krankenhäusern stehende Häuser wie sie in der Schweiz üblich sind (28).

Der "Hessische Sozialplan für alte Menschen" sieht u.a. vor:

- 1) Die Schaffung neuer, zeitgemäßer Alterswohnheim-Altersheim-Alterspflegeheim-Komplexe.
- 2) Die Verbesserung der schon bestehenden Heime.

1959 gab es in Hessen ca. 300 Altersheime und Alterspflegeheime mit 15 000 Plätzen. 10 000 Plätze sollten neu geschaffen werden. 1960-63 entstanden 5 000 neue Plätze. Die Nachfrage entwickelt sich stärker als die Bautätigkeit besonders für Altersheime und Alterspflegeheime. Vorgeschlagen wurde auch die Kombination von Altersheimen mit Alterspflegeheimen oder Alterspflegeheim-Abteilungen (29).

In Baden-Württemberg lebten am 1.1.1961 ca. 756 000 Alte über 60 Jahre. Eine Erhebung im Herbst 1961 ergab

4787 Alterspflegeheim-Plätze

98 Dauerplätze für Alte im Krankenhaus (nicht alle gemeldet).

Daneben gibt es noch Sonderheime für Pflegebedürftige, so daß sich die Zahl der Unterbringungsmöglichkeiten auf ca. 7 403 Alterspflegeheimplätze beläuft.

Die über 65-jährigen machen ca. 10 % der Wohnbevölkerung aus, aber die Heimplatzzahl im Verhältnis zur Einwohnerzahl ist 3,5⁰/oo in Baden-Württemberg. Es wurde folgendes festgestellt:

- 1) 1 030 (13,9 %) Bewohner von Altersheimen mit Pflegeabteilung und 256 (12,5 %) Bewohner von Alterspflegeheimen leben länger als 10 Jahre im Heim.

(28) Vgl.: P.Steffen: "Einrichtungen für Langzeitkranke zur stationären Betreuung von Alten und Langzeitkranken in Nordrhein-Westfalen" in: Krhs. J 57/1965/H.3/S.90-94

(29) Vgl.: Hess.Minist.f.Arb.,Volkswohlfahrt u.Ges.wes., Wiesbaden: "Der Hess.Sozialplan f.alte Menschen" in:Bl.Wohlfahrtspflege 110/1963/H.12/S.384 ff.

- 2) Die langen Wartelisten für Heimanwärter sind z.T. wertlos, weil der Anwärter vielleicht schon verstarb, anderweitig unterkam, oder mehrfach angemeldet ist.
- 3) Der Bedarf an Heimplätzen hängt ab von den familiären, wirtschaftlichen und wohnlichen Verhältnissen der Alten und vom Heimangebot, Kosten und Heimbedürftigkeit.

Der Bedarf an Alterspflegeheimplätzen wurde für den 1.1. 1961 auf ca. 18 350 Plätze geschätzt. Es ergibt sich somit ein Fehlbetrag von 10 947 Plätzen. Dieser Bedarf soll durch Umbau von Krankenhäusern in Altersheime mit Pflegeabteilung, durch Neubau und Heimanbau gedeckt werden (30).

Mit Stichtag vom 1.4.1969 führte das Bayerische Statistische Landesamt eine Statistik über die in Bayern verfügbaren Heimplätze durch. Insgesamt wurden 56 287 Heimplätze ermittelt, wovon 9 % Altenwohnheimplätze, 74 % Altersheimplätze und 17 % Pflegeheimplätze waren. Nach einem soziologischen Gutachten des Instituts für empirische Sozialforschung in Köln erstreckt sich dagegen der tatsächliche Bedarf von insgesamt 78 780 Plätzen zu 42 % auf Alterswohnheimplätze, zu 33 % auf Altenheimplätze und zu 25 % auf Pflegeheimplätze. Demgemäß fehlen 27 751 Alterswohnheimplätze und 10 251 Alterspflegeheimplätze, während bei den Altersheimen ein Überschuß von 15 509 Plätzen errechnet wurde (31).

Das Ergebnis einer Untersuchung in Karlsruhe ergab, daß bei der Frage, ob alte Menschen Heimunterbringung und private Versorgung oder Gemeinschaftsversorgung vorziehen, im Bedarfsfalle jeder 2. alte Einwohner in ein Alterspflegeheim will. In Karlsruhe gab es am 1.1.1962 31 Alters-

(30) Vgl.: A.Scholl: "Die Altenhilfe in Baden-Württemberg" in: Bl.Wohlfahrtspflege 109/1962/Nr.7/S.193 ff.

(31) Vgl.: "Bestand und Bedarf an Heimplätzen für alte Menschen in Bayern" in: Soz.Arb./J.19/1970/H.8/S.345

heime und Alterspflegeheime mit 1627 Betten. In den Altersheimen entspricht die Zahl der Pflegebedürftigen mit 658 Personen ca. 42 % der Insassen. Da die Zahl der Pflegebedürftigen zunimmt, wird der voraussichtliche Bedarf an Altersheim- und Alterspflegeheim-Betten in Karlsruhe 1970 auf insgesamt 2900 Betten geschätzt. Dieser setzt sich wie folgt zusammen:

Gesamtplätze-Angebot 1962	1600 Betten
Fehlbestand 1962	700 Betten
zusätzlicher Bedarf 1962-1970	600 Betten

Die Altenhilfe in Karlsruhe steht daher vor folgenden Aufgaben:

- 1) Bereitstellung von Altenwohnungen in Wohnhäusern durch Wohnungsbaugenossenschaften.
- 2) Wohnheimbeschaffung mit selbständiger Wirtschaft oder Teilversorgung.
- 3) Vollversorgung in Altersheimen.
- 4) Betreuung in Alterspflegeheimen.

Besonders die Schaffung von Alterspflegeheimplätzen muß gefördert werden (32).

In Stuttgart waren 1960 von den insgesamt 644 575 Einwohnern 65 595 Einwohner 65 oder mehr Jahre alt.

Im Dezember 1960 gab es:

	Alters- wohn- heim	Alters- heim	Alterspflege- heim u.geria- trische Klinik
1) Städt.Einrichtungen			
7 Heime in Stuttgart	23	348	339
2 Heime außerhalb Stuttgarts	-	32	141
2) nichtstädt.Einrichtungen			
25 Heime in Stuttgart	133	984	236
8 Heime außerhalb Stuttgarts	-	115	151
(in anderen Heimen außer- halb Stuttgarts)	16	748	143
insges.	172	2227	1010

(32) Vgl.: Dem Gemeinderat der Stadt Karlsruhe vorgelegt vom Sozialdezernenten der Stadt Karlsruhe, Bürgermeister O.Dullenkopf: "Der alte Mensch in Karlsruhe", Ein Bericht, Karlsruhe 1962/S.1-53

Im November 1960 befanden sich zudem in Stuttgarter Krankenhäusern 296 Alte, die ins Alterspflegeheim gehörten und davon hatten sich bereits 77 vormerken lassen. Der Bedarf wurde mit 1910 Alterspflegeheimplätzen angegeben; der damalige Stand betrug 867 Alterspflegeheimplätze. Es ergab sich ein Fehlbedarf von 1043 Plätzen, sodaß also noch ca. 1,6 % der 65 und mehr Jahre alten Einwohner untergebracht werden müssen. Geplant sind:

von der Stadt Stuttgart	565 Alterspflegeheimplätze
von der Freien Wohlfahrts- pflege	475 Alterspflegeheimplätze
von sonstigen Bauträgern	- Alterspflegeheimplätze
zusammen	1040 Alterspflegeheimplätze
Fehlbedarf	<u>1043</u> Alterspflegeheimplätze
es bleiben	<u>3</u> Alterspflegeheimplätze

Neben den Alterspflegeheimplätzen sind Alterssiedlungen oder gestreute Altenwohnungen, weitere Heimplätze in 3-er Kombination und Verbesserung der bestehenden Heime als Maßnahmen vorgesehen (33).

Brückel (34) schlägt als zweckmäßige Lösung für eine neuzeitliche medizinisch-geriatriische Einheit folgende Zusammenstellung vor:

- 1) Medizinisch-geriatriische Aufnahmestation (ca. 30 Betten)
- 2) Medizinisch-geriatriische Klinik (ca. 100 - 120 Betten)
- 3) Klinische Pflegeabteilung (ca. 300 Betten, allg., offene Abteilung)
- 4) Psychiatrisch-geriatriische Abteilung (ca. 100 Betten, halboffene Abteilung)

(33) Vgl.: Stadt Stuttgart, Bürgermeister, Sozial- und Gesundheitsreferat "Probleme der Altenhilfe und der Versuch der Lösung in Stuttgart", Stuttgart 1961/S.1-20

(34) Vgl.: K.W.Brückel: "Medizinische Aspekte des Altenproblems" Bürgerhospital Stuttgart, S.3-4

- 5) Orthopädisch-geriatrische Station (ca. 40 Betten)
- 6) Urologisch-geriatrische Station (ca. 20 Betten)
- 7) Chirurgische Beobachtungsstation (20 Betten)
- 8) Untersuchungs- und Ambulanzräume für Fachärzte
- 9) Rehabilitationseinrichtungen
- 10) Krankengymnastik-Massage-Hydrotherapie-Elektrotherapie
- 11) Fußpflege, Kosmetik

weiterhin sollten:

- 1 Poliklinische Untersuchungs- und Beratungsstelle
- 1 zentrale Fürsorgestelle
- 1 ständiger Rat für Altenfragen
- 1 Ausbildungsstätte für Altenpflegepersonal und
- 1 zentrale Bibliothek angeschlossen sein.

Auch Störmer fordert für die Langliegefälle und Pflegefälle geriatrische Kliniken wie z.B. das Bürgerspital in Stuttgart eines ist. Beim Krankenhausneubau sollen zudem von 1 000 - 1 200 Betten ca. 200 - 300 für die Geriatrie angeschlossen werden, wobei von 36 Betten auf einer Station mindestens 3 - 4 für Alte vorhanden sein sollen. Der Umbau von alten Häusern für die Errichtung geriatrischer Abteilungen wird aus psychologischen Momenten abgelehnt (35).

1966 wurden durch eine Fragebogenerhebung in 3 südpfälzischen Landkreisen 79 Krankenpflegestationen untersucht, deren Träger vorwiegend konfessionelle Vereine waren (36). Diese Einrichtungen wurden fast ausschließlich von Mitgliedsbeiträgen und Zuschüssen finanziert. Die Auswertung

-
- (35) Vgl.: Störmer: "Zur Frage der Zweckmäßigkeit der Einrichtung geriatr.Kliniken", Tagungsbericht vom 10. Internationalen Fortbildungskurs f. Geriatrie in Bad Hofgastein, Österreich, (Ref.n.e.Vortr.) Med.Klin.60/1965/S.937
- (36) Vgl.: H.Arnold: "Ambulante Krankenpflege, ihr Werden, ihre Lage und ihre Zukunft" in: Das öffentl. Gesundh.Wes. J 30/1968/S.181 ff.

der Erhebung ergab folgende Mängel bzw. führte zu folgenden Forderungen:

- 1) Durch die ungünstige Altersstruktur der Schwesternschaft wird die Versorgung erschwert.
- 2) Ausbildung und Bezahlung der Schwestern muß verbessert werden.
- 3) Die Entscheidung darüber, wer Pflege braucht und wann jemand ins Pflegeheim aufgenommen werden soll, muß von den Ärzten getroffen werden.
- 4) Der Einsatz von Hauspflegerinnen sollte verstärkt werden, da viele alte Menschen die Häuslichkeit bevorzugen.
- 5) Die Allgemein-Krankenhäuser sollten Hauspflegeteams zur Betreuung entlassener Patienten bilden.

1969 führte der Deutsche Städtetag zusammen mit anderen kommunalen Spitzenverbänden und Verbänden der freien Wohlfahrtspflege eine Erhebung über Alteinrichtungen in der Bundesrepublik durch (37). Hierbei wurden rd. 5 000 Alteinrichtungen gezählt, wovon 20 % öffentliche, 61 % gemeinnützige und 19 % private Heime waren. Die erfaßten Einrichtungen teilten sich wie folgt auf:

566	Altenwohnheime
2965	Altenheime
336	Pflegeheime
11	Wohnheime mit Pflegeheim
958	Altenheime mit Pflegeheim
97	Wohnheime mit Altenheim und Pflegeheim

Rund 289 000 Personen waren 1969 in Alteinrichtungen untergebracht; das sind 3,8 % aller Personen von 65 und mehr

(37) Vgl.: "Erhebung des Dtsch.Städtetages über die Alteinrichtungen in der BRD" in: NDV, Frankfurt a.M./ J 50/1970/S.248

(37a)Vgl.: Speerschneider: "Die Alteinrichtungen in der Bundesrepublik" in: Soz.Arb., J 19/1970/H.9/ S.377 ff.

Jahren. Davon wohnten 41 000 in Altenwohnheimen, rd. 182 000 in Altenheimen und rd. 66 000 in Pflegeheimen.

Nach den von Speerschneider veröffentlichten Vorausberechnungsergebnissen müßte dieser Bestand bis 1985 um 229 700 Plätze erhöht werden. Im Raumordnungsbericht 1968 der Bundesregierung war ausgehend von Bestandszahlen des Jahres 1964 für 1980 ein Fehlbestand von 254 000 Plätzen errechnet worden. Speerschneider führt aus, daß es zweckmäßiger sei, statt 1980 das Jahr 1985 als Zieljahr zu wählen, da nach Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes gerade um das Jahr 1980 herum mit einem extrem hohen Anteil von über 65-jährigen zu rechnen sei. Hierzu darf allerdings nicht übersehen werden, daß bei Vorausschätzungen über einen solch langen Zeitraum der Fehlerspielraum entsprechend größer wird.

In der DDR wird ebenfalls der Ruf nach Alters- und Alterspflegeheimplätzen laut. Heimfürsorge gibt es überwiegend in staatlichen Feierabend- und Pflegeheimen, wie die unten angegebenen Zahlen für den Sowjetsektor von Berlin zeigen (38).

Tabelle 18

Heime der Sozialfürsorge
im Sowjetsektor von Berlin

1962 insgesamt	58 Heime,	6 196 Plätze
davon Feierabend- u. Wohnheime	52 Heime,	3 972 Plätze
Pflegeheime (einschl. Blindenheime)	5 Heime,	2 124 Plätze
Sozialheime	1 Heim,	100 Plätze

(38) Vgl.: Büro für Gesamtberliner Fragen, Colloquium Verlag, "Berlin, Sowjetsektor" Berlin 1965/
S.126-127/in: Prof.Dr.K.C.Thalheim: "Sozialversicherung und soziale Fürsorge"

Insgesamt kamen in der DDR 1958 auf 1 000 Altersrentner 28,8 Alters- und Pflegeheimplätze (39).

Urban teilt die pflegebedürftigen Alten ein in:

- 1) Völlig Pflegebedürftige, die inkontinent und bettlägerig sind. Diese können nach einer Krankenhausentlassung kaum nach Hause, weil die Angehörigen selbst pflegebedürftig oder berufstätig sind.
- 2) Stark pflegebedürftige Patienten, die einiges tun können und sich etwas bewegen, jedoch, da sie nicht gleich ins Feierabendheim können, sich zu Hause überlasten und letztlich pflegebedürftig werden.
- 3) Die teilweise Pflegebedürftigen, die leichte Arbeit tun können. Für ein Pflegegeld können sie sich dann jemanden als Hilfe nehmen. Da ein Pflegeheimplatz/die 4,40 DM kostet, ein Krankenhausbett/die dagegen 20,-- DM und da im Pflegeheim im Gegensatz zum Krankenhaus eine Teilkostendeckung durch Renten des Patienten geleistet wird, schlägt Urban den Bau von Pflegeheimen vor. Erhöhte Pflegepersonalkosten würden gespart und Wohnungen würden nicht mehr aufrecht erhalten (40).

Nach einer Veröffentlichung in der Krankenhausumschau verfügten die Berliner Hospitäler Ende 1958 über 5802 Betten, von denen rd. 93 % belegt waren. Ende 1959 zählte man 5936 belegbare Betten (die Zahl der Normalbetten stellte sich auf 5595). Die Bettenausnutzung war also außerordentlich hoch. Gleichzeitig ist festzustellen, daß in den letzten Jahren immer mehr Pflegepersonal eingestellt werden mußte, wobei die Personalkosten ständig gestiegen sind.

-
- (39) Vgl.: F.Amon: "Der alte Mensch auf dem Lande" (A.d. Hyg.-Inst.d.Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald) Zschr.ärztl.Fortbild. 55/1961/H.4/S.218
- (40) Vgl.: H.Urban: "Probleme der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Alterspatienten nach deren Entlassung aus d.station.Krankenhausbehandl." (A.d.Abt.Fürsorge i.Städt.Hufeland-Krhs.; Berlin-Buch) Dtsch.Gesd.wes.17/1962/H.32/S.1371-1374

Die entstehenden Kosten für medizinischen Sachbedarf dürften für Hospitäler weitaus geringer sein als für die allgemeinen Krankenhäuser. Manche kostspielige Einrichtung in Allgemein-Krankenhäusern ist vorwiegend zur Behandlung von Akutfällen geeignet und wird von Langfristig-Kranken kaum beansprucht. Eine Schätzung der jeweils entstehenden Kosten für die verschiedenen Anstaltstypen ergab folgendes Bild:

Durchschnittliche Kosten pro Krankenpflegetag
(nach Angaben des Sen.f.Ges.u.Umweltschutz)

	<u>1958</u>	<u>1970</u>
im Krankenhaus	30,11 DM	88,21 DM
im Hospital	18,38 DM	48,35 DM

Die Kosten pro Pflegetag im Krankenhaus liegen erheblich höher als diejenigen im Hospital. Zudem sind die Krankenhauskosten stärker gestiegen als die entsprechenden Kosten für den Pflegetag im Hospital. 1958 waren die Kosten pro Pflegetag im Krankenhaus um rd. 63 % höher als im Hospital während 1970 der Krankenhauspflegetag rd. 82 % mehr kostete als der Pflegetag im Hospital.

Im Alterspflegeheim dagegen dürften die entstehenden Kosten sehr viel niedriger sein, da der Umfang der ärztlichen Betreuung und der Bedarf an kostspieligen Apparaten geringer ist.

Es ist daher durchaus richtig, wenn gefordert wird, daß einerseits pflegebedürftige Alterskranke und Chronisch-Kranke nach Möglichkeit in Alterspflegeheimen untergebracht werden sollten, um die Hospitäler zu entlasten und daß andererseits die allgemeinen Krankenhäuser nur für Akutkranke zur Verfügung stehen (41). Grundsätzlich gibt

(41) Vgl.: P.Poelzig: "Die Belastung des Allgem.-Krankenh.s.durch Pflegefälle, Untersuchung zur Frage d. Versorgung von langfristig Kranken, chronisch Kranken und Alten (A.d.Institut f.Krhs.-Bau an der TU Berlin)" "Gegenwärtige Krankenhaus-Situation in Westberlin", Krhs.-Umschau, J 29/ Nr.10/1960/S.514

es zwei Möglichkeiten, um dieses Ziel zu erreichen: zum einen den Bau von neuen Anstalten und zum anderen die Nutzung bereits bestehender Einrichtungen durch entsprechende Umorganisation. Als Beispiel für die zuerst genannte Lösung kann die Forderung nach dem Bau eines besonderen urologischen Hospitals in Berlin(West) gelten (42). Heinrich schlägt gleichzeitig vor, daß ein Altersheim für urologisch leidende Alte angeschlossen werden sollte, in dem eine dauernde fachurologische, ärztliche und pflegerische Versorgung gewährleistet ist. Es soll 2000 Berliner geben, die urologische Hilfe brauchen. Insbesondere sollten hier Patienten aufgenommen werden, die keine Selbst- und Familienhilfe haben. Meist wird es sich um männliche Patienten handeln (Prostatiker). Dazu gehören:

- 1) Chronisch Schwerkranke (z.B. Cerebralsklerosen, Ca)
- 2) Körperbehinderte (z.B. Paresen, Querschnittslähmungen)
- 3) Alte Menschen, die unter ungünstigen sozialen Verhältnissen leben.

Diese urologisch Kranken können bei unsachgemäßer Pflege gefährliche Blutungen, Infekte, Steinbildung usw. bekommen. Eine geeignete Hauspflege ist mangels geschulter Kräfte kaum möglich und in den bestehenden Hospitälern lohnt sich der große Aufwand für urologische Instrumente für die wenigen Patienten nicht und das Personal ist auf urologischem Gebiet nicht genügend ausgebildet. Eine Reihe von Privathospitälern nimmt gar keine urologischen Patienten auf, da die Uringerühe die anderen Patienten stören. Angesichts der geschilderten Situation müssen heute gerade diese Patienten noch länger als andere auf einen Pflegeplatz warten. Für das geplante urologische Hospital und Altersheim müssen Pflegekräfte speziell ausgebildet werden. Heinrich fordert bei der Bettenverteilung nach der Geschlechtszusammensetzung für diese Anstalt

(42) Vgl.: H.Heinrich: "Über die Notwendigkeit der Errichtung eines urologischen Hospitals für Berlin" (A.d.Chirurg.Abt.d.Städt.Krhh.Moabit,Berlin) Berliner Med.,J.14/1963/H.20/S.563 ff.

das Verhältnis von 3 Männern:1 Frau. Also müßten ca. 90 Plätze für Männer und 30 Plätze für Frauen geschaffen werden. Das Altersheim soll 60 Betten und die Operationsabteilung 30 Betten haben.

Wie v.Renthe-Fink schreibt, stand schon 1951 auf der Krankenhausstagung in Brüssel das Problem der Chronisch-Kranken zur Debatte. Damals wurde gesagt, daß an den Allgemein-Krankenhäusern Abteilungen für Chronisch-Kranke angeschlossen werden sollten. In einem Zimmer sollen dabei nur 6 Betten stehen. Diese Abteilungen können die teuren diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen von Krankenhäusern mitbenutzen. Gleichzeitig kann das Pflegepersonal ausgetauscht werden; denn nicht jeder eignet sich auf die Dauer zur Pflege dieser Patienten (43).

Freudenberg schätzte in einem Gutachten über den Bettenbedarf in Berlin(West), daß die größte Zahl an alten Menschen etwa für das Jahr 1975 zu erwarten sei. Danach geht die Zahl der 65 oder mehr Jahre alten Personen zurück und steigt erst gegen 1990 nochmals leicht an (44). Bis zum Jahre 1990 wird der Bedarf an Hospitalbetten bei 9 695 liegen und der Fehlbedarf dürfte von 3 800 auf ungefähr 4 000 Betten steigen. Schon heute fehlt es besonders an Betten für die Innere, Psychiatrische und Urologische Abteilung. Hinzu kommt, daß nach ärztlichem Ermessen ein Teil der Patienten in allgemeinen Krankenhäusern im Hospital untergebracht werden könnten. Zum Zeitpunkt des Gutachtens waren insgesamt 1305 Betten geplant, sodaß Freudenberg den noch nicht durch die laufenden Planungen abgedeckten Fehlbedarf an Hospitalbetten auf 2 495

(43) Vgl.: B.v.Renthe-Fink: "Möglichkeiten der Nutzung alter Krhs.-Anlagen für Langfristig- und Chronisch-Kranke" in: Das Krhs., J.57/Stuttgart 1965/H.4/S.146

(44) Vgl.: K.Freudenberg: "Gutachten über den Bedarf an Betten in Krankenanstalten in Berlin-West" in: Denkschrift über eine Zielplanung f.d.Berliner Krankenanstalten, Berlin 1960/S.23

bezifferte. Einen Bettenmangel in ähnlicher Größenordnung weist die Aufstellung einer Bettenbilanz durch den Senator für Gesundheitswesen aus (45).

Ein Teil der geplanten Erhöhung des Bettenbestandes ist bis Dezember 1968 bereits verwirklicht worden (46). Zu diesem Zeitpunkt stellt sich die Zahl der vorhandenen Betten für Chronisch-Kranke auf 6 690. Bis Dezember 1973 sollen weitere 1 363 Betten zur Verfügung stehen, sodaß dann von dem bis 1990 veranschlagten Bettenbestand lediglich noch 1 642 Betten nicht durch die laufende Planung abgedeckt sind. Allerdings zeigt sich heute, daß der bis 1990 veranschlagte Bedarf an Betten für Chronisch-Kranke aus den bereits genannten Gründen mit Sicherheit früher benötigt wird, als man vor 10 Jahren annehmen konnte.

II. Vorschläge zur Lösung des Problems

Bei der Verwirklichung der in der Literatur vortragenen Vorschläge sind eine Reihe von Faktoren zu berücksichtigen, von denen die wichtigsten im Folgenden kurz genannt werden sollen.

Der Bedarf der Hospitalbetten ist abhängig von:

- 1) Der Pflege der Alten und Chronisch-Kranken unter ärztlicher Aufsicht.
- 2) Dem Bedarf, der sich aus der Bequemlichkeit der Familie ergibt, die die Alters- und Chronisch-Kranken nicht pflegen will.
- 3) Von den zu engen Wohnverhältnissen, die ein Zusammenleben einer 3-Generationenfamilie selbst bei gutem

(45) Vgl.: "Denkschrift über eine Zielplanung für die Berliner Krankenanstalten". Der Sen.f.Ges.wes., 1960/Abschnitt E/S.E₁

(46) Vgl.: "Bericht über Krankenhausbettensituation und Bettenplanung in Berlin(West)", Sen.f.Arb., Ges.u.Soz., März 1970/S.44

Willen heute kaum erlauben.

- 4) Von der steigenden Zahl berufstätiger Frauen, die durch Arbeitsüberlastung nicht mehr pflegen können.
- 5) Von den alten und kranken Angehörigen, die nicht pflegen können.
- 6) Von fehlenden Angehörigen.
- 7) Von der durchschnittlichen Verweildauer im Hospital, die erst mit der Überweisung in eine andere Anstalt, Entlassung oder dem Tod des Betreffenden beendet ist.
- 8) Von den in den Allgemein-Krankenhäusern noch liegenden Alters- und Chronisch-Kranken.
- 9) Von den Alterspflegefällen, bei denen ärztliche Maßnahmen keinen Einfluß mehr haben.
- 10) Von der Zunahme der Alten in Berlin durch Überalterung.

Bei der Frage, ob man in Berlin Alterspflegeheime, Pflegeabteilungen an Krankenhäusern oder Hospitäler bauen sollte, muß man außer vom Bedarf auch von der Möglichkeit des Umbaues vorhandener Anstalten, die den Bedürfnissen der Alten nicht gerecht werden, ausgehen. Unsere Allgemein-Krankenhäuser können zur Zeit kaum die Voraussetzungen für altersentsprechende Ernährung und stationäre Einrichtung bieten.

Um das Hospitalbettenproblem in Berlin lösen zu können und den Sorgen der alten Pflegebedürftigen und Chronisch-Kranken gerecht zu werden, werden folgende Vorschläge gemacht:

- 1) Altersheime sollten nur noch mit Pflegeabteilung gebaut werden, da der Wunsch nach baldiger Genesung größer ist, wenn der Pflegebedürftige weiß, daß er in der Nähe sein eigenes Zimmer hat. Ein Altersheim mit Pflegestation ohne jegliche ärztliche Überwachung sollte es allerdings nicht mehr geben. Künftig

zu errichtende Altersheime müssen Pflegeabteilungen für etwa 15 v.H. der Heimbewohner haben (47).

- 2) An die schon bestehenden Altersheime sollten Pflegeabteilungen angegliedert werden. Der Senator für Arbeit und Sozialwesen schlug bereits 1960 vor, daß den bestehenden städtischen Altersheimen und den noch zu errichtenden Häusern Pflegeabteilungen mit rd. 760 Plätzen (rd. 15 % der bestehenden Betten) angeschlossen werden sollten. Die dazu notwendige Pflegepersonalerhöhung hatte der Senat von Berlin am 20.10.59 und das Abgeordnetenhaus von Berlin am 21.1.60 nach dem Schlüssel 1:20 beschlossen (48).

Ein Vorteil liegt darin, daß in Pflegeabteilungen nur Pflegekräfte, die mit kürzerer Ausbildungszeit in Alterspflege ausgebildet werden, benötigt werden, während in einem Krankenhaus Vollschwestern beschäftigt sind.

- 3) Es sollten auch einige Alterspflegeheime für die Pflegebedürftigen aus den Hospitälern gebaut werden, da die Altersheime mit Pflegeabteilung in Berlin praktisch nur eigene Pflegebedürftige aufnehmen. Geschultes Personal und Rehabilitationseinrichtungen sind notwendig. Kleinere Betteneinheiten für Alte mit Verwirrtheits- und Unruhezuständen oder halb-offene Stationen sollten nicht vergessen werden.
- 4) Die Errichtung von reinen Hospitälern ist nicht sehr ratsam, da sie oft den Ruf eines "Sterbehauses" an sich haben. Aus diesem Grunde sollte auch die Bezeichnung "Hospital" vermieden werden. Besser wäre der Name "Krankenheim" wie in der Schweiz. Dieses

(47) Vgl.: Der Sen.f.Arb.u.Soz.wes.: "Denkschrift über die Altenfürsorge in Berlin(West)", Berlin 1960/S.11-12

(48) Vgl.: "Denkschrift über die Altenfürsorge in Berlin(West)", a.a.O.

"Krankenheim" soll für Chronisch-Kranke sein, deren völlige Wiederherstellung oder wesentliche Besserung nicht zu erhoffen ist. Das Verhältnis von Arzt zu Patient sollte 1:75 und vom Pflegepersonal zu Patient 1:3,3 betragen (49).

- 5) An die Akutkrankenhäuser sollte eine Abteilung für Langfristigkranke, die im Gegensatz zu den Chronisch-Kranken heilungs- und besserungsfähig sind, deren Spezialbehandlung und Diagnostik abgeschlossen sind und die noch eine weitere Behandlung für einige Wochen und Monate benötigen, angeschlossen werden. Diese Abteilung soll ärztlich, pflegerisch und wirtschaftlich vom Haupthause mit versorgt werden (50).
- 6) Oder aber es sollten wie in England auf den einzelnen Abteilungen der Allgemein-Krankenhäuser einige Betten für geriatrische Fälle eingeplant werden, die vom Krankenhaus mit versorgt werden. Für Berlin wäre es vielleicht nur eine Notlösung, da letztlich in den Akutkrankenhäusern der Zustand wie bisher herrschen würde, nämlich, daß doch wieder mehr Alterskranke dort liegen als vorgesehen.
- 7) Dringend notwendig ist in Berlin ein Alterspflegeheim für Diabetiker. Wie die vorliegende Untersuchung ergab, existieren recht viele Fälle mit Diabetes mellitus. Ebenso sollten mehr Pflegeheimplätze für andere Pflegefälle mit Diät (Magen-, Leber-, Gallenblasen - etc.) geschaffen werden.
- 8) Ratsam wäre auch die Errichtung einer urologischen Station in einem Pflegeheim mit besonders ausgebildetem Personal. Die alten cerebralsklerotischen Men-

(49) Vgl.: "Denkschrift für eine Zielplanung für die Berliner Krankenanstalten", a.a.O./S. F4

(50) Vgl.: "Denkschrift für eine Zielplanung für die Berliner Krankenanstalten", a.a.O./S. F5

schen sind oft nicht in der Lage, den Katheterwechsel selbst richtig vorzunehmen.

- 9) Beim Bau weiterer Heime sollten möglichst für Gehbehinderte neben oder statt der Treppen Fahrstühle eingeplant werden.
- 10) Besonders notwendig erscheint die Einrichtung von Internistischen und Neurolog.-Psychiatrischen Pflegeabteilungen, wobei das Hauptgewicht auf der ersteren liegt. Reine Neurol.-Psychiatrische Pflegeheime sind nicht sehr ratsam. Sie sollten möglichst mit Internistischen Heimen verbunden sein, da einige Patienten des letzteren Heimes auch schon fast zum Neurol.-Psychiatrischen Heim gehören.
- 11) Häuser für nur Alte und Gebrechliche sollten nicht geschaffen werden, damit die alten Menschen nicht völlig apathisch und stumpf werden. Durch Jüngere, Chronisch-Kranke kann ihr Interesse an der Umwelt besser erhalten bleiben. Dem Pflegepersonal ist es auch nicht zumutbar, daß es Tag für Tag nur für alte Gebrechliche da ist, die entweder bettlägerig oder schwer cerebralsklerotisch sind. Die Pflege würde dann nur noch aus Waschen, Füttern, Umbetten bestehen.
- 12) Auf den Abteilungen sollten möglichst Zimmer mit 1 Bett bzw. 3 - 4 Betten geschaffen werden. Somit würde man den typischsten Charaktereigenschaften der Alten wie Geiz, Aggressivität etc. Rechnung tragen. Säle mit bis zu 18 Betten, wie sie bei der Untersuchung angetroffen wurden, sind nicht vertretbar.
- 13) Die Einrichtung eines Tageshospitals, wie es in England besteht, ist für Berlin keine gute Lösung. Zwar könnten Berufstätige ihre alten Eltern oder Chronisch-Kranken (leichte geriatrische Fälle, psychiatrische Grenzfälle) hierher bringen und abends abholen, aber die wirklich Pflegebedürftigen könnten

nicht in diese sogenannten "Aufbewahranstalten" gebracht werden.

- 14) Für das Pflegepersonal sollte eine gute Unterbringung vorhanden sein und die Anbringung rationeller sanitärer Anlagen auf den Stationen zu seiner Entlastung gefördert werden.

III. Faktoren, die eine Entlassung ins Altersheim oder Alterspflegeheim erschweren

a. Der Mangel an Betten

In welchem starkem Maße in Berlin das Problem des Hospitalbettenmangels diskutiert wird, läßt sich am besten daraus ersehen, daß in der Presse sehr intensiv über alle Erweiterungen und Änderungen berichtet wird; so z.B. über die Angliederung einer Pflegestation im Altenheim Lichtenrade der Arbeiterwohlfahrt, über die Errichtung einer Klinik für 300 psychisch Kranke durch den Arbeitersamariterbund, über die beabsichtigte Erweiterung des katholischen Hospitals in der Pacelli-Allee, über die Frage der Umwandlung des Krankenhauses Bethanien in ein Hospital, über die Einrichtung von Betten für Chronisch-Kranke im Krankenhaus Heckeshorn und im Rudolf-Virchow-Krankenhaus, usw. (51).

Über den Bestand an Anstalten und Krankenbetten gibt die amtliche Statistik in Berlin seit ihrem Bestehen jährlich Zahlen bekannt. Bereits 1853 wurden 4 Berliner Hospitäler mit 445 Patienten im Jahresbericht genannt (52). 1947 leb-

(51) Vgl.: Tagesspiegel, Berlin 1967/J 23/(Nr.6484/S.11), (Nr.6531/S.9), (Nr.6544/S.8)
Berliner Morgenpost, Berlin 1967/J 70/A 1707A/
Nr.17/S.23

(52) Vgl.: "Jahresbericht des stat.Amtes im Königl. Polizei-Präsidio zu Berlin f.d.Jahr 1853", Berlin 1854/Müller-Schneider/S.221-222

ten 3 950 Alterskranke und Chronisch-Kranke in städtischen Anstalten, davon 2 816 im sowjetischen Sektor und 1 134 in den drei Westsektoren (53). Mehr als zwei Drittel lagen also bei der Teilung der Stadt in den sowjetisch besetzten Verwaltungsbezirken.

Nach Angaben des Archivs für Wohlfahrtspflege existierten in Berlin (West) am 1.5.1965 insgesamt 68 Pflegeheime und Hospitäler, die sich wie folgt aufteilten (54):

Art der Einrichtung	Zahl	Betten
<u>Pflegeheime:</u>		
gemeinnützig	8 (dar.1 mit Altersh.)	687
konfessionell	1	34
insgesamt	9	721
<u>Hospitäler:</u>		
Städtische Hosp.:		
reine Hospitäler	6	2240
Krhs.+Hosp.abt.	3	547
insgesamt	9	2787
Nichtstädt.Hosp.	50	3861

Von den 50 nichtstädtischen Hospitälern sind 2 nur für Männer (94 Betten), 8 nur für Frauen (551 Betten); darunter ein Heim für Diabetikerinnen. Die restlichen 40 Häuser sind gemischte Anstalten mit 3 216 Betten.

Nach Angaben des Rettungsamtes hatte Berlin (West) im April 1967 folgenden Hospitalbetten-Bestand (55):

- (53) Vgl.: "Stat.Jahrbuch der Stadt Berlin", 1946/47 / S.329-331
- (54) Vgl.: "Denkschrift über die Altenfürsorge in Berlin (West)", a.a.O./S.11
- (55) Vgl.: Hospitalbettennachweis vom April 1967, herausgegeben vom Rettungsamt Berlin

Art der Anstalt	Belegbare Betten				Kinder
	ges.	ml.	wbl.	ml.+wbl.	
Städt.Anstalten	2 719	671	1 818	180	-
Gemeinnützige Anstalten	2 933	451*	2 428	-	54
Private Anstalten	804	14	83	707	-
insgesamt	6 456	1 136	4 329	887	54

* Von den gemeinnützigen Anstalten kann eine noch weitere 7 Hospitalbetten für Männer belegen.

Nach den Angaben der Senatsverwaltung für Arbeit, Gesundheit und Soziales (56) gab es in Berlin Ende März 1968 neun städtische Hospitäler, die mit insgesamt 2 579 Personen belegt waren, davon 1 857 (72 %) Sozialhilfeempfänger und 721 Selbstzahler. Für die 50 aufgeführten nichtstädtischen Hospitäler ist nur die Belegung mit 2 915 Sozialhilfeempfängern angegeben. Ein stärkerer Trend zu einer Erhöhung der Hospitalbettenzahl ist nach dem vorliegenden Material in den letzten Jahren nicht erkennbar.

Nach den neuesten Angaben des Hospitalbettennachweises bei der Feuerwehr (57) gab es am 1.11.1971 fünf städtische Hospitäler und 7 Allgemeinkrankenhäuser mit angeschlossener Abteilung für Chronisch-Kranke. 3 216 Chronisch-Kranke lebten zu dieser Zeit in den städtischen Anstalten. Das sind seit 1965 etwa 429 belegte Betten mehr. Gemeinnützige reine Hospitäler gab es 21 und Häuser mit angeschlossenen Abteilungen für Chronisch-Kranke 10. Die Zahl der belegten Betten betrug 3 369. In 10 privaten Häusern waren 810 Personen untergebracht. Die Zahl der belegten Betten stieg in den nichtstädtischen Hospitälern von 1965 bis 1971 um 318 an. Insgesamt ist eine Zunahme der belegten Betten

(56) Vgl.: Senator f.Arb., Gesundheit u. Soz.: Statistischer Bericht, Erstes Vierteljahr 1968/S.22-25

(57) Vgl.: Senator f.Arb.u.Umweltschutz, Abt. IV B, Krankenhausbehörde, Belegungszahlen und Planbetten, Stand vom 1.11.71

um 747 (11,23 %) zu verzeichnen.

Ende März 1968 betrug die Zahl der städtischen Altenheime 28 mit einer Belegung von 4 151 Personen, davon 56,9 % Sozialhilfeempfänger. In den 123 nichtstädtischen Heimen wurden 1 369 Sozialhilfeempfänger gezählt.

Am 30.6.1970 (58) gab es 29 städtische Altenheime mit 4 958 Plätzen, 83 gemeinnützige Heime mit 3 438 Plätzen und etwa 190 private Häuser mit 3 760 Plätzen. Letztere zeigen eine erhebliche Fluktuation. Gegenüber den Vorjahren sind auch hier kaum Veränderungen zu verzeichnen. Geplant sind bis 1972/74

7 städtische Altenheime	mit 1 020 Plätzen
5 gemeinnützige Altenheime	mit 270 Plätzen
und 2 private Altenheime	mit 210 Plätzen

(unverbindliche Schätzung).

Die Zahl der städtischen Altenwohnheime dagegen hatte sich Ende März 1968 gegenüber dem Vorjahr um 4 auf 46 erhöht und die Zahl der Bewohner stieg von 4 346 auf 4 850. Davon waren nur 27 % Sozialhilfeempfänger. 152 Sozialhilfeempfänger lebten in den 26 nichtstädtischen Heimen, für die keine Zahlen über die gesamte Belegung verfügbar sind.

b. Der Mangel an geschultem Personal

Außer der Deckung des Fehlbedarfs an Pflegebetten in Berlin ist es notwendig, die erforderlichen Kräfte für die Pflege zu beschaffen. Aber nicht nur die Zahl des Pflegepersonals muß gleichzeitig mit der Bereitstellung neuer Pflegebetten erhöht werden, sondern das Personal muß auch eine bessere und speziellere Ausbildung erhalten. In Berlin bilden die Innere Mission, der Cari-

(58) Vgl.: Sen.f.Arb., Gesundheit u. Soz.: Altenhilfebericht
Stand v. 30.6.70

tasverband und der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband Alten- und Hauspflegerinnen aus. Da nur eine gleichmäßige Personalausbildung den Einsatz auf allen Gebieten ermöglicht, hat die Arbeiterwohlfahrt der Stadt Berlin e.V. mit Billigung des Senators für Arbeit und Sozialwesen eine Ausbildungsstätte für Altenpflege in Berlin geschaffen. Hier werden Kenntnisse auf den verschiedensten Gebieten vermittelt. Ein Praktikum im Altersheim, Hospital, Fürsorgestelle ist Pflicht. Dazu sind regelmäßige Zusammenkünfte mit Vorträgen von Ärzten, Schwestern oder sonstigen medizinischen Fachleuten notwendig. Die Ausbildung in Hauskrankenpflege soll mit einem Zuschuß der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen verbessert werden (59). Wenn gute fachliche Kenntnisse, Lebenserfahrung, Wille zur Hilfeleistung an den Alten und persönliche Eignung vorhanden sind, eignen sich besonders Witwen und Mütter für die Altenpflege. Das Personal muß richtig auf Fehler, Mißgriffe, Vergesslichkeit, Geiz, Starrsinn, Eigensinn und Reizbarkeit der Alten reagieren können. Es muß versucht werden, mehr ehrenamtliche Helfer für die Altenfürsorge zu gewinnen, die die Hospitaliten einmal ausfahren oder kleine Besorgungen für sie erledigen. Die Selbsthilfe unter den Alters- und Chronisch-Kranken sollte teils als Beschäftigungstherapie teils zur Entlastung des Pflegepersonals gefördert werden.

Mehr Pflegekräfte könnten bei ausreichenden Personalräumen, guter Heimatmosphäre, technischen Hilfen zur Entlastung schwerer oder zeitraubender Arbeit, rationeller Einteilung und Plazierung der Funktionsräume bei Umbau und Neubau und bedarfsgerechtem Verhältnis zwischen ausgebildeten und ungelernten Kräften gewonnen werden.

(59) Vgl.: "Ausbildung von Altenpflegerinnen/Bln.", in: Soz.Arb.11/1962/H.4/S.163-164

IV. Das Problem der Rehabilitation

Beim alten Menschen, dessen akutes Krankheitsbild verschwunden ist, muß nach moderner Auffassung eine medizinische Rehabilitation einsetzen, die drei, sechs oder mehr Monate dauern kann. Die Anpassungsfähigkeit des Menschen hängt weitgehend von dem Reaktionsvermögen des vegetativen Systems und dem Verhalten der terminalen Strombahn ab. Gerade beim jungen Menschen geht die Rehabilitation schneller und deutlicher als beim alten vor sich. Bei letzterem kommen zu den Krankheitserscheinungen noch die Abbauanzeichen hinzu. Die Rehabilitation der Alters- und Chronisch-Kranken muß unterteilt werden:

- 1) Bei der körperlichen Rehabilitation sind einfache psycho-physiotherapeutische Maßnahmen notwendig. Aktivierende Pflege, Bewegungsübungen, z.B. auch bei apathischen bettlägerigen Patienten, gehören dazu. Eine gute Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Arzt, Pflegepersonal und Krankengymnastin muß vorhanden sein. Die Diättherapie muß eingehalten werden und die Arzneibehandlung mit z.B. beruhigenden oder stimulierenden Pharmakas zur Einwirkung auf beeinträchtigte psycho-vegetative Funktionen kann oft Wunder bewirken.
- 2) Zur geistigen Rehabilitation gehört der gute Kontakt zwischen den Alterskranken und dem Pflegepersonal, aber auch zum Arzt. Die Hospitaliten sollten kleine Arbeitsaufträge erhalten, damit sie wieder Interesse an der Umwelt bekommen. Ein ab und zu ausgesprochenes Lob ist dabei ratsam. Hin und wieder konnte beobachtet werden, daß die Hospitaliten einen kleinen Auftrag murrend als große Arbeit auffaßten, ihn jedoch nach einiger Zeit als eine Selbstverständlichkeit ausführten. Auf diese Weise konnten einige aus ihrer Apathie herausgerissen und einer Lebensbejahung entgegengeführt werden. Wichtig ist es auch,

diesen Menschen den Glauben ihrer Vollwertigkeit zu belassen, wenn sie auch schon leicht verwirrt oder teilweise desorientiert sind.

Daher haben sich in der Schweiz, England und den USA Langzeitkrankenhäuser oder Abteilungen mit Rehabilitationsmaßnahmen bewährt.

D. Zusammenfassung

Die wachsende Überalterung der Berliner Bevölkerung läßt den Anteil der pflegebedürftigen alten Menschen in der Stadt in den nächsten Jahren mit Sicherheit weiter ansteigen. Bereits heute besteht ein empfindlicher Mangel an geeigneten Pflegeplätzen, wie lange Wartelisten auf ein Hospitalbett zeigen. Andererseits könnte ein Teil der Patienten anderweitig untergebracht werden, wenn bestimmte Voraussetzungen gegeben wären.

Um die Möglichkeiten hierzu zahlenmäßig zu untersuchen, wurden in drei Berliner Hospitälern insgesamt 821 Personen (197 männliche und 624 weibliche) befragt, davon 664 Personen im Alter von 65 oder mehr Jahren, die als Alterskranke zu betrachten sind. Die Verteilung auf die einzelnen Fachgebiete ergab, daß mit wachsendem Alter mehr Personen in der Inneren und der Chirurgischen Abteilung zu finden sind, während in der Neuro-Psychiatrie die Gruppe der 60 - 65-jährigen am stärksten vertreten ist. Bei den Frauen war der größte Teil (61,2 %) verwitwet und nur 9 % verheiratet. Bei den Männern waren 38 % verwitwet und rd. 29 % verheiratet. Ein Drittel der Hospitaliten war in Berlin geboren und zwei Drittel waren zugezogen.

Der größte Teil der Patienten war von zu Hause aus eingeliefert worden. Von 446 alleinstehenden Personen, die von zu Hause kamen, haben nur rd. 34 % (96 Personen) ihre Wohnung vorläufig beibehalten. Insgesamt könnten nur 38 %

der Hospitaliten bei einer Entlassung unter Umständen zu Hause aufgenommen werden. Häufigster Grund für die Hospitalaufnahme war mangelnde häusliche Pflege. 72 Patienten (8,8%) waren schon 8 Jahre und länger im Hospital. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten hatte 3 Jahre betragen. Nur rd. 31 % der Hospitaliten waren Selbstzahler, während rd. 69 % Sozialunterstützung erhielten. Die überwiegende Zahl der Personen bezog Rente, wobei in den meisten Fällen die Rente nicht zur Deckung der Hospitalkosten ausreichte. Ein Aufenthalt in privaten Anstalten und Heimen wäre für diesen Personenkreis schon aus finanziellen Gründen nicht möglich. Zudem sind 54 % der Patienten hilflos im Sinne des BSHG und müssen durch Hilfenpflegegeld unterstützt werden.

Herz- und Gefäßerkrankungen, neurologische und psychiatrische Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Atemwege, der Nieren- und Harnwege und Stoffwechselerkrankungen traten am häufigsten auf. 259 Patienten (ca. 1/3) benötigten besondere Verpflegung. Die Untersuchung der Bewegungsmöglichkeit ergab, daß 37 % der Patienten altersentsprechend gehen konnten; 20 % benutzten Hilfsmittel und 43 % waren bettlägerig. Von der körperlichen und geistigen Regsamkeit und dem Orientierungszustand hängt das Interesse des Patienten an der Umwelt ab. Nur rd. 52 % der Patienten zeigte überhaupt noch derartige Interessen. 175 Hospitaliten standen unter Pflegschaft.

Rund 33 % der Patienten könnte bei geeigneter Pflege und Unterkunft sofort oder in nächster Zeit entlassen werden. Auf der Neurologisch-Psychiatrischen Abteilung könnten sogar fast die Hälfte aller Betten frei werden. Ein hoher Prozentsatz der Patienten, die nach Hause entlassen werden könnten, wird aber nicht mehr von ihren Angehörigen aufgenommen. Der größte Teil derer, die in ein Altersheim kommen könnten, wird wegen ihres hohen Alters oder wegen ihrer Mittellosigkeit nicht dort aufgenommen und ein Teil

der Patienten benötigt unbedingt ein Zimmer zu ebener Erde, da sie gehbehindert sind.

Auch in anderen Ländern ist das Problem der Altennot dringlich geworden. Insbesondere in Großbritannien und in den skandinavischen Ländern werden große Anstrengungen zur Lösung dieser Frage unternommen. Einerseits wird versucht, die vorhandenen Betten durch Umorganisation besser zu nutzen, andererseits werden Tageshospitäler eingerichtet oder die Pflege in der Familie durch staatliche Zuschüsse gefördert. In der Bundesrepublik wird die Einrichtung von besonderen Abteilungen in den Akutkrankenhäusern und von geriatrischen Kliniken, aber auch die Schaffung von Alterswohnheim-Altersheim-Alterspflegeheimkomplexen und eine Verbesserung der bestehenden Heime gefordert.

Da die Zahl der Pflegebedürftigen in Berlin(West) ständig zunimmt, wird es immer schwieriger, gut ausgebildetes Pflegepersonal zu bekommen und die Personalkosten steigen stark an. Es ist daher sinnvoll, den Aufwand für einen Hospitalplatz mit den Kosten pro Bett in anderen Anstalten zu vergleichen. 1967 kostete ein Hospitalplatz pro Tag 19,-- DM gegenüber einem Satz von 12,95 DM im Alterspflegeheim und durchschnittlich 9,75 DM im Altersheim. Es ist daher richtig, wenn versucht wird, die Hospitäler durch Neubau von anderen Anstalten oder durch Umorganisation zu entlasten. So sollte z.B. dem dringend benötigten urologischen Hospital ein Altersheim angeschlossen werden. Außerdem könnten bereits in den Akutkrankenhäusern Abteilungen für Chronisch-Kranke eingerichtet werden.

Weiterhin sollten einige Alterspflegeheime in der Nähe von Hospitälern eingerichtet werden, damit Pflegebedürftige, die aus dem Hospital entlassen werden können, dort aufgenommen werden. Insbesondere müßte ein Alterspflegeheim für Diabetiker, eine urologische Station in einem Pflegeheim, eine Abteilung für Langfristig-Kranke am Akutkrankenhaus und Internistische und Neurologisch-Psychiatrische

Pflegeabteilungen geschaffen werden. Eine bessere Anordnung der Räume und eine Verbesserung der sanitären Einrichtungen auf den Stationen können wesentlich zur Entlastung des Pflegepersonals beitragen. Wenn gute Arbeitsbedingungen und eine gute Unterbringung des Pflegepersonals gewährleistet sind, wird die Anziehungskraft der Pflegeberufe zweifellos steigen.

Sicher ist das Hospitalbettenproblem in Berlin(West) nicht sehr kurzfristig vollkommen zu lösen. Bei den laufenden Planungen sollte jedoch gerade deshalb der starke Bedarf an Altersheimen und Alterspflegeheimen berücksichtigt werden. Die Schaffung bzw. Angliederung von Altersheimen mit Pflegeabteilung sollte vorrangig behandelt werden.

Fachabteilung

Station:

1) Zur Person:

Alter:
Geschlecht:
Familienstand:
Hauptberuf:
Wann pensioniert:
Warum vorzeitig:
Berliner:
Wann zugezogen:

2) Entlassung:

hat Wohnung allein:
hat Wohnung mit Ehemann/Ehefrau:
hat Wohnung mit Familie (Kindern):
hat Wohnung mit Bekannten:
hat Wohnung mit Untermietern:
hat keine Wohnung mehr:
Entlassung nach Hause, wenn Fürsorge pflegt:
wie oft:
Entlassung nach Hause, wenn Hausarzt kommt :
wie oft:

Pat. ist Dauerfall:
Pat. ist für längere Zeit Pflegefall:
Pat. könnte zu Angehörigen, wenn:
(Wohnungsverlust, zu kleine hochgelegene
Wohnung, keine Pflege, Verständnis, Ver-
sorgungsgründe, Bequemlichkeit)

3) Krankheit:

Welche Krankheiten:
Wie sieht Prognose aus:
Wann Entlassung:
Ist Pat. besser hier aufgehoben :
besser im Alterspflegeh.:
besser im Alterswohnheim:
besser im Altersheim :
Welche weiteren Behandlungsmethoden:
Wie oft Tabl., Inj., Bestrahlungen:

4) Gesundheitszustand:

Hören:

Sehen:

Sprechen:

Herzbeschwerden:

Atemnot:

Amputation:

bettlägerig:

Bewegungsbehinderung (Kopf, WS, Extr.):

geistiger Zustand (Denken, Orientierung, Namens-, Wort-
findung):

Schlaf:

Ernährungszustand:

Diät:

5) Interessen:

Radio/Fernsehen:

Lesen (Zeitung, Buch):

Handarbeit/Basteln:

Spiele:

Gartenaufenthalt:

Spazierengehen:

Aufsuchen des Aufenthaltsraumes:

Anteil an Umwelt und Kontakt:

6) Gegenwärtiger Erwerb:

Rente:

Rentenart:

Rentenhöhe:

Pension:

Fürsorgeunterstützung:

Unterstützung anderer Personen:

- Amon, F.: "Der alte Mensch auf dem Lande" (A.d.Hyg.-Inst.d.Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald), Zschr.ärzt. Fortbild.55/Jena 1961/H.4
- Arnold, H.: "Ambulante Krankenpflege, ihr Werden, ihre Lage und ihre Zukunft", in: Das öffentl.Ges.wes. J 30/Stuttg.1968
- Bockelhurst, J.C.: "The work of a Geriatric Day Hospital" in:Geront.Clin.6/Basel, New York 1964
- Brückel, K.W.: "Medizinische Aspekte des Altenproblems", Bürgerhospital Stuttgart, J.26/Stuttgart 1964
- Dullenkopf, O.: "Der alte Mensch in Karlsruhe", Ein Bericht, Dem Gemeinderat der Stadt Karlsruhe vorgelegt vom Sozialdezernenten der Stadt Karlsruhe/Karlsruhe 1962
- Fine, W.: "Integration of a Day Hospital into a Geriatric Service", in:Geront. Clin.6/Basel, New York 1964
- Fischer, A.: "Geschichte des Deutschen Gesundheitswesens", Bd.I/Berlin 1933
- Freudenberg, K.: "Gutachten über den Bedarf an Betten in Krankenanstalten in Berlin-West", in:Denkschrift über eine Zielplanung f.d.Berliner Krankenanstalten, Berlin 1960
- Hauptamt f.Statistik u.Wahlen des Magistrats von Groß-Berlin: "Stat.Jahrbuch d.Stadt Berlin, 1946/47", Berlin 1949
- Heinrich, H.: "Über die Notwendigkeit der Errichtung eines urologischen Hospitals für Berlin"(A.d.Chirurg.Abt.d.Städt.Krhs.Moabit, Berlin), Berliner Med. 14/Berlin 1963/H.20
- Hunger, K.H. u. Funke, H.: "Altenhilfe in England, Skandinavien und Holland", in:Zschr.f.Sozialhilfe J.3/München 1964

- Königlich Statistisches Büro: "Jahresbericht des stat.Amtes im Königl.Polizei-Präsidio zu Berlin f.d.Jahr 1853", Berlin 1854
- Langmann: "Altersfürsorge Englands", in: Gesundheitsfürsorge J 14/Stuttg.1964
- Nachtrab, H.: "Überlegungen zur Krankenhaus-Planung in Hamburg" in: Das Krhs. J 56/Stuttg.1964
- Nisbeth, N.H.: "A review of 1000 elderly patients awaiting admission to hospital" in: Lancet II, London 1962/No.7259
- Poelzig, P.: "Die Belastung des Allgem.-Krankenhauses durch Pflegefälle, Untersuchung zur Frage der Versorgung von langfristig Kranken, chronisch Kranken und Alten" (A.d.Institut f.Krhs.-Bau an der TU Berlin).
"Gegenwärtige Krankenhaus-Situation in Westberlin" in: Krhs.-Umschau J 29/Nürnberg 1960/Nr.10
- Renthe-Fink, B.v.: "Möglichkeiten der Nutzung alter Krhs.-Anlagen für Langfristig- und Chronisch-Kranke" in: Das Krhs. J 57/Stuttgart 1965/H.4
- Rettungsamt Berlin: Hospitalbettennachweis vom April 1967
- Scholl, A.: "Die Altenhilfe in Baden-Württemberg" in: Bl.Wohlfahrtspflege 109/Stuttgart 1962/Nr.7
- Schubert, R.: "Die Altersverschiebung in Deutschland" in: Der alte Mensch in unserer Zeit, Stuttgart 1958
- Schulze, D.F.: "Die Geschichte Spandaus", Bd.I/Berlin-Spandau 1913
- Speerschneider: "Die Alteneinrichtungen in der Bundesrepublik" in: Soz.Arb. J 19/Berlin 1970/H.9
- Steffen, P.: "Einrichtungen für Langzeitkranke zur stationären Betreuung von Alten und Langzeitkranken in Nordrhein-Westfalen" in: Krhs.J 57/Stuttgart, Köln 1965/H.3
- Störmer, A.: "Zur Frage der Zweckmäßigkeit der Einrichtung geriatr.Kliniken". Tagungsbericht vom 10.Internationalen Fortbildungskurs für Geriatrie in Bad Hofgastein, Österreich (Ref.n.e.Votr.) in: Med.Klin.60/Berlin, München, Wien 1965

Thalheim, K.C.:	"Sozialversicherung und soziale Fürsorge" in: "Berlin, Sowjetsektor", Büro für Gesamtberliner Fragen, Berlin 1965
Urban, H.:	"Probleme der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Alterspatienten nach deren Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung" (A.d.Abt.Fürsorge i.Städt.Hufeland-Krhs. Berlin-Buch) in: Dtsch.Ges.wes.17/Berlin 1962/H.32
Wille, P.:	"Die Geschichte der Berliner Hospitäler und Krankenhäuser von der Gründung Berlins bis zum Jahre 1800". Dissertation/Berlin 1930
Wolffheim, N.:	"Tageshospitäler und Übergangsheime für alte Menschen in England" in: Soz.Arb.10/Berlin 1961/H.7/8
Hess.Minist.f.Arbb., Volkswohlfahrt u.Ges. wes., Wiesbaden:	"Der Hess.Sozialplan f.alte Menschen" in: Bl.Wohlfahrtspflege 110/Stuttgart 1963/H.12
Sen.f.Arbb.u.Umwelt- schutz:	"Krankenhausbehörde, Belegzahlen und Planbetten, Stand v.1.11.71", Berlin 1971
Sen.f.Arbb., Ges. u.Soz.:	"Bericht über Krankenhausbettensituation und Bettenplanung in Berlin(West)", Berlin 1970
Sen.f.Arbb., Ges. u.Soz.:	"Altenhilfebericht, Stand v.30.6.70", Berlin 1970
Sen.f.Arbb., Ges. u.Soz.:	"Statistischer Bericht, Erstes Vierteljahr 1968", Berlin 1968
Sen.f.Ges.wes.:	"Denkschrift über eine Zielplanung für die Berliner Krankenanstalten", Berlin 1960/Abschnitt E
Sen.f.Arbb.u. Soz.wes.:	"Denkschrift über die Altenfürsorge in Berlin(West)", Berlin 1960
Stadt Stuttgart, Bürgermeisteramt, Sozial- u.Gesundh- referat:	"Probleme der Altenhilfe und der Versuch ihrer Lösung in Stuttgart", Stuttgart 1961

ohne Verfasser:

"Erhebung des Dtsch.Städtetages über die Alteinrichtungen in der BRD" in: NDV J 50/Frankfurt a.Main 1970

"Bestand und Bedarf an Heimplätzen für alte Menschen in Bayern" in: Soz.Arb.J 19/Berlin 1970/H.8

"Grundsätze für die Aufnahme in Anstalten (Hospitäler) bzw.Abt.für Chronischkranke des Landes Berlin vom 14.März 1967", Amtsbl.f.Berlin T I/J.17/Berlin 1967/Nr.21

"Pflegestation zum Altenheim" in: Tagesspiegel J.23/Berlin 1967/Nr. 6484

"Neuer Apell: Das Alter gehört dazu" in: Tagesspiegel J.23/Berlin 1967/Nr.6531

"Lebensabend mit 30 DM Taschengeld" in: Tagesspiegel J.23/Berlin 1967/Nr.6544

"Caritas will bauen" in: Berliner Morgenpost J.70/Berlin 1967/A 1707A/Nr.17

"Hinweise in der Altenhilfe" in: Der Deutsche Städtetag, Köln-Marienburg 1965

"Ausbildung von Altenpflegerinnen/ Bln." in: Soz.Arb.11/Berlin 1962/H.4

Bundessozialhilfegesetz (BSHG) nach dem Stand v. 1.Nov.1969, München 1969

Herrn Professor Dr. med. H. GENZ möchte ich an dieser Stelle für die freundliche Überlassung des Themas und sein förderndes Interesse bei der Durchführung dieser Arbeit meinen herzlichen Dank aussprechen.

Außerdem möchte ich nicht versäumen, den ärztlichen Direktoren der in die Untersuchung einbezogenen Hospitäler für die Erlaubnis zu danken, daß ich auf ihren Abteilungen arbeiten durfte.

Ebenso schulde ich Fräulein Schmidt und ihren beiden Kolleginnen für ihre vielen wertvollen Ratschläge meinen Dank.

Lebenslauf

Am 15. Januar 1938 wurde ich als Tochter des Apothekers Dr. phil.nat. Kurt Feige und seiner Ehefrau Herrad, geb. Suchier, in Eisleben geboren.

Von 1944 - 1952 besuchte ich die dortige Grundschule und legte 1958 auf dem mathematisch-naturwissenschaftlichen Zweig der Max-Greil-Oberschule in Schleusingen mein Abitur ab. Nach einer Tätigkeit im Buchhandel studierte ich 3 Semester Biochemie. 1961 legte ich eine Ergänzungsprüfung zum Reifezeugnis in Berlin (West) ab und begann anschließend mit meinem Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin.

Im Sommer 1971 schloß ich mein Studium an der Freien Universität Berlin mit dem medizinischen Staatsexamen ab.

